



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL CUNDINAMARCA

CENTRO DE BIOTECNOLOGIA AGROPECUARIA-EMPRENDE RURAL

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	25
Código Centro	951210
Fecha Elaboración	Noviembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	32849-538098

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YOHANA ROCIO AVILA NAVAS	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	52.231.877	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	yrvilan@gmail.com	Número de Cuenta:	10821808010
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	SI
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2024	NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	8108857/2025	Nº Compromiso SIIF	213525	Número de pagos durante la vigencia del contrato	6
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR:25-9-2025-032330 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES ASIGNADOS, PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES Y CO				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/10/2025	Al	31/10/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 13.338.582
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 22.997.555
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 8.739.071

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 998.100	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 5.597.611	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 3.370.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a título de RENTA			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	90896328	Base retención en la fuente a título de ICA	3.370.150,00	TARIFA	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de ICA	5.073.211,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 230.000	\$ 230.000	Valor base IVA	0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 294.400	\$ 294.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%	
ARL	\$ 19.300	\$ 19.300	Menos Retención IVA	0,00	15%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299 - MOSQUERA	35.512,00	0,700%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Dependientes hasta	\$ 559.761		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Salud hasta	\$ 796.784		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Renta Exenta 25%	\$ 19.670.605	\$ 1.124.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.796.000			0,00		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00		
			VALOR A PAGAR	\$4.563.999,00		

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA 3353969 COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: INSEMINAR A CELO DETECTADO FIJO 40 HORAS
FICHA 3353620 COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: INSEMINAR A CELO DETECTADO FIJO 40 HORAS
FICHA 3354265 COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: INSEMINAR A CELO DETECTADO FIJO 40 HORAS
FICHA 3353989 COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: INSEMINAR A CELO DETECTADO FIJO 40 HORAS

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

**YOHANA ROCIO AVILA NAVAS
EL CONTRATISTA**

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**NATALIA XIMENA PALACIOS CASTAÑEDA
INSTRUCTOR G18**

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

**EL ORDENADOR DEL PAGO
NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52231877	YOHANA ROCIO AVILA NAVAS		CL 12 A 71 C 20 To 7 Ap 1201	4596541	yravilan@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	27/10/2025	90896328	\$608.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	230.000	0		0		0	7	1.000	0	231.000	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Porvenir	800224808-8	294.400	0	0	0	0	7	1.300	0	295.700	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	44.900				44.900	7	200	45.100			449	45.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	36.800	7	200	37.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	230.000	231.000
Pensión	1	294.400	295.700
Riesgos Laborales	1	44.900	45.100
CCF	1	36.800	37.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	606.100	608.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52231877	YOHANA ROCIO AVILA NAVAS		CL 12 A 71 C 20 To 7 Ap 1201	4596541	yrvilan@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	1	27/10/2025	90896328	\$608.800		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colm. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52231877	AVILA NAVAS YOHANA ROCIO	59	0			N																	230301	1.840.000	294.400	0	0	0	0	EPS008	1.840.000	230.000	14-11	1.840.000	3	44.900	CCF24	1.840.000	36.800	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Mosquera, 30 de octubre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
MOSQUERA

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

TI	1014885192	MARIANA GUEVARA AVILA	Hijo(a)
-----------	-------------------	------------------------------	----------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

YOHANA ROCIO AVILA NAVAS
C.C. 52231877

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.014.885.192
GUEVARA AVILA

APELLIDOS
MARIANA

NOMBRES

Mariana Guevara

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

25-OCT-2013

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

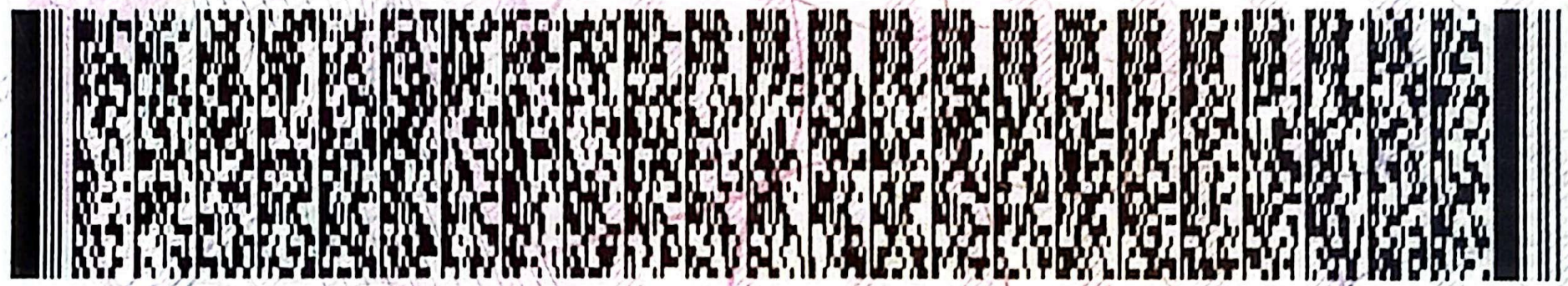
25-OCT-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ **F**
G S RH SEXO

06-AGO-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



P-1500150-01248533-F-1014885192-20210809

0075212910A 1

8502597535



951210

Mosquera, Cundinamarca

EL CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA AGROPECUARIA REGIONAL CUNDINAMARCA – SENA

HACE CONSTAR QUE:

En cumplimiento a lo establecido en la Directiva Presidencial No. 01 de 2022 del 17 de enero de 2022 y una vez consultado el Sistema Electrónico para la Contratación Pública -SECOP, la siguiente persona SI tienen contrato(s) suscrito(s) de prestación de servicios profesionales y/o apoyo a la gestión con otras entidades del Estado distintas a este centro de formación así:

CANT	NOMBRES Y APELLIDOS	CEDULA	NOMBRE ENTIDAD	No. CONTRATO
1	YOHANA ROCIO AVILA NAVAS	52231877	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E	6094-2025 CO1.SLCNTR.15876197

De acuerdo con el contrato de prestación de servicios CO1.PCCNTR.8108857 del 2025, Suscrito entre **YOHANA ROCIO ÁVILA NAVAS** y el **CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA AGROPECUARIA - SENA**, en calidad de Supervisor de contrato en mención, me permito manifestar que, una vez revisados y aprobados los informes de actividades presentadas por el contratista en el mes de Octubre 2025, cumplió a cabalidad con la ejecución de las obligaciones generales y específicas establecidas en el objeto del contrato y que las mismas fueron recibidas a entera satisfacción por esta supervisión.

Dado en el mes de octubre de 2025

NATALIA XIMENA PALACIOS CASTAÑEDA

Supervisor (a) De Contrato

Coordinador Académico

Áreas productivas, Seguridad Alimentaria,
Pecuarias y agrícolas, Maquinaria

Firmado
digitalmente por
GOMEZ BOTERO

Vo. B. NELSON OCTAVIO GÓMEZ BOTERO

Subdirector Centro CBA Mosquera - SENA

Regional Cundinamarca / Centro de Biotecnología Agropecuaria CBA
Dirección Kilometro 7 vía Bogotá Mosquera - PBX 57 601 5461500