



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 BIOTECNOLOGÍA AGROPECUARIA-CUNDINAMARCA

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	59375-616816

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	GABRIEL MAURICIO GARCIA AMAYA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	80.187.110	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	ggarciaa@sena.edu.co	Número de Cuenta:	21134720741
IP/Nº de contacto:	1720	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	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000	SI
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)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
<b>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.</b>	0,00%

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	7389431/2025	Nº Compromiso SIIF	24225	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: 25-9-2025-002820 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA PLANEAR, EJECUTAR Y EVALUAR LA FORMACIÓN PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN, EN LA FAMILIA DE OFIMÁTICA O AQUELLAS QUE LE SEAN A FIN				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/10/2025	Al	31/10/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 11.498.777
Número de pago	9			Valor Total del Contrato:	\$ 47.221.646
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 6.899.266

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.599.511</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.696.860</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

**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	-----	89953073	Base retención en la fuente a título de ICA	2.696.860,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de ICA	4.075.111,00	
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	28.526,00	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	\$ 459.951	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 899.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 6.981.000	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$ 4.570.985,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Garantizar la formación profesional integral Ficha 3345172 excel	38 horas
Garantizar la formación profesional integral Ficha 3375251 excel	06 horas
Garantizar la formación profesional integral Ficha 3345183 excel	38 horas
Garantizar la formación profesional integral Ficha 3375252 excel	06 horas
Garantizar la formación profesional integral Ficha 3345175 excel	38 horas
Garantizar la formación profesional integral Ficha 3375238 excel	06 horas
Garantizar la formación profesional integral Ficha 3345178 word	38 horas

Total horas mes de Octubre 176

**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

**GABRIEL MAURICIO GARCIA AMAYA**  
EL CONTRATISTA

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;  
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;  
3.- 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,

**CARLOS FABIAN ROJAS FERNANDEZ**  
INSTRUCTOR G17

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	80187110	GABRIEL MAURICIO GARCIA AMAYA		Calle 78b # 120a-55	2103484	gabrielmauriciogarcia@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	07/11/2025	89953073	\$593.200	

**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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	230.000	0		0		0	35	5.000	0	235.000	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	
231001	Colfondos	800227940-6	294.400	0	0	0	0	35	6.400	0	300.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	19.300				19.300	35	500	19.800			193	19.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	36.800	35	800	37.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	35	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	35	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	230.000	235.000
Pensión	1	294.400	300.800
Riesgos Laborales	1	19.300	19.800
CCF	1	36.800	37.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>580.500</b>	<b>593.200</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80187110	GABRIEL MAURICIO GARCIA AMAYA		Calle 78b # 120a-55	2103484	gabrielmauriciogarcia@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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-09	2025-09	\$593.200				

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	80187110	GARCIA AMAYA GABRIEL MAURICIO	59	0			N																	231001	1.840.000	294.400	0	0	0	0	EPS005	1.840.000	230.000	14-23	1.840.000	2	19.300	CCF22	1.840.000	36.800	0	0	0	0	0

# PAGADA

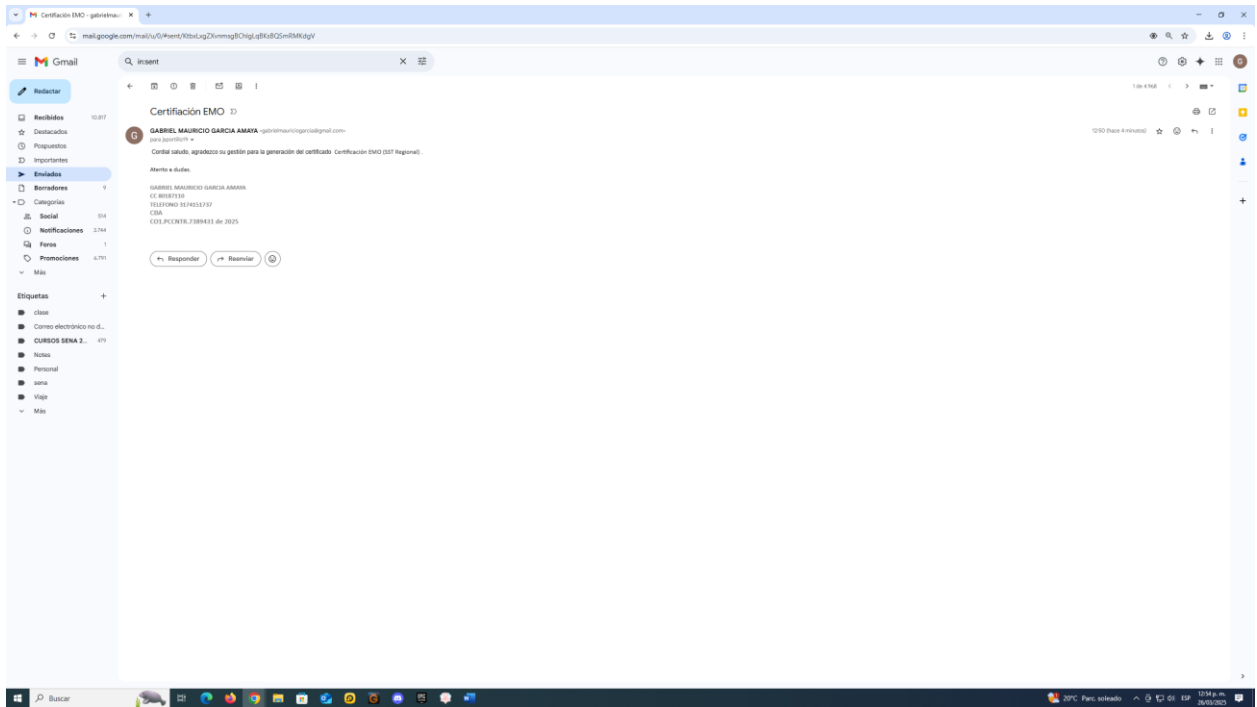


Bogotá 26/03/2025

Señores Centro de Biotecnología Agropecuaria

Yo Gabriel Mauricio García Amaya identificado con CC. 80187110 de Bogotá y en mi calidad de contratista con el SENA CBA con numero de contrato en el SECOP II: CO1.PCCNTR.7389431 de 2025 como instructor virtual, me comprometo a anexar la Certificación EMO (SST Regional) en el mes de abril como fue solicitado por el centro de formación.

Para ello adjunto la evidencia de la solicitud de dicha certificación al correo indicado.



Cordialmente,

**Gabriel Mauricio García Amaya**  
Instructor CBA Mosquera- SENA

Centro de Biotecnología Agropecuaria  
Km 7 Vía Mosquera. Mosquera, Cundinamarca - PBX 57 601 5461500



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, octubre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

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:

<b>T.I.</b>	<b>1069726916</b>	<b>María Valeria García Quintana</b>	<b>HIJO</b>
<b>T.I.</b>	<b>1188221086</b>	<b>Jerónimo García Quintana</b>	<b>HIJO</b>

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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,

FIRMA

Nombre: GABRIEL MAURICIO GARCÍA AMAYA  
C.C. 80187110 DE BOGOTÁ

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.069.726.916

GARCIA QUINTANA

APELLIDOS

MARIA VALERIA

NOMBRES

*Maria Valeria Garcia Quintana*

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO  
**FUSAGASUGA**  
(CUNDINAMARCA)

**13-FEB-2007**

LUGAR DE NACIMIENTO

**13-FEB-2025**

**O+ F**

FECHA DE VENCIMIENTO

G S RH SEXO

**25-FEB-2014 FUSAGASUGA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sanchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1509400-00571081-F-1069726916-20140508

0038435808A 2

1762773595

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

NÚMERO **1.188.221.086**

**GARCIA QUINTANA**

APELLIDOS

**JERONIMO**

NOMBRES

*Jerónimo García*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **04-AGO-2014**

**BOGOTA D.C**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**04-AGO-2032**

FECHA DE VENCIMIENTO

**A- M**

G S RH SEXO

**01-FEB-2023 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRO NACIONAL  
ALEJANDER VILGARCIA

INDICE DERECHO



P-1500150-01341637-M-1188221086-20230208 0096989386A 1 6507138510