



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 DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA

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

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| Código Regional   | 25                |
| Código Centro     | 951310            |
| Fecha Elaboración | Noviembre de 2025 |
| Versión           | ENERO - 2.25      |
| ID de Proceso     | 16709-909709      |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

|  |                            |   |           |
|--|----------------------------|---|-----------|
| Nombres y apellidos:   | DIANA MILENA RIPPE HERRERA | Banco a consignar:                              | AV VILLAS |
| Cédula de Ciudadanía   | 1.072.669.214              | Tipo de cuenta:                                 | AHORROS   |
| Correo electrónico:  | drippe@sena.edu.co         | Número de Cuenta:                               | 546995569 |
| IP/Nº de contacto:   |                            | Presta Servicios Excluidos de IVA:              | NO        |
| 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:   | 8392832/2025  | Nº Compromiso SIIF | 460125 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 3 |
| OBJETO CONTRACTUAL:<br>(Descripción del servicio prestado) | INSTRUCTOR: 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 COMPETENCIAS TÉCNICAS DE LA POBLACIÓN DE TRABAJADORES DE |                    |        |  |   |

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

|                   |                 |    |            |                              |               |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del               | 01/11/2025      | Al | 30/11/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 7.512.535  |
| Número de pago    | 2               |    |            | Valor Total del Contrato:    | \$ 12.112.046 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 4.599.511,00 |    |            | Nuevo Saldo del Contrato:    | \$ 2.913.024  |

**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>\$ 2.704.460</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> | <b>\$ 0</b> |

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

|  | Noviembre    | Octubre      | Base retención en la fuente a título de RENTA | 2.704.460,00          | TARIFA |
|--|--------------|--------------|---|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS                                    | -----        | 91257994     | Base retención en la fuente a título de ICA   | 4.075.111,00          |        |
| Ingreso Base de Cotización - IBC   | \$ 1.839.804 | \$ 1.839.804 | Valor base IVA                                | 0,00                  |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                    | \$ 230.000   | \$ 230.000   | IVA (Si es RESPONSABLE)                       | 0,00                  | 19%    |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                  | \$ 294.400   | \$ 294.400   | Menos Retención en la Fuente                  | 0,00                  | 0,00%  |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                            | \$ -         | \$ 0         | Menos Retención IVA                           | 0,00                  | 15%    |
| ARL  | \$ 9.700     | \$ 9.700     | Reteica - 8299 - CHIA                         | 32.601,00             | 0,800% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ -         | -            |   | 0,00                  | 0%     |
| 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%   | \$ 9.835.302 | \$ 901.000   | Otras Retenciones                             | 0,00                  | 0,000% |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 901.000   | -            |   | 0,00                  |        |
| Retención en la Fuente Contingente   | \$ -         | -            | Descuentos de embargo (Si tiene)              | 0,00                  |        |
|  |              |              | <b>VALOR A PAGAR</b>                          | <b>\$4.566.910,00</b> |        |

**SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS M/CTE**

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

Fi cha 3289495 Técnico en atención integral a la primera infancia  
 Fi cha 3304541 Técnico en atención integral a la primera infancia  
 Fi cha 3236980 Técnico en atención integral a la primera infancia

**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

**DIANA MILENA RIPPE HERRERA  
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,

**MARIA KATALINA RANGEL GUTIERREZ  
INSTRUCTOR G20**

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  
JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                     |                    |                        |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|---------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                 |
| CC                  | 1072669214        | DIANA MILENA RIPPE HERRERA |        | chia vereda samaria | 3134988376         | dianarippe27@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 |     |
| 2025-10              | 2025-10                           | I             | 06/11/2025               | 91257994        | \$534.100     |     |

## 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     | 0         | 0                     | 0              | 230.000       | 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 |
|------------|-------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230201     | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 294.400                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 294.400       | 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 | 9.700                  |                  |       |                        | 9.700                 | 0         | 0                     | 9.700               |                            |                     | 97                | 9.700         | 1             |

### TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|            |        |     |              |           |                   |               |               |

### TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 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                             | 230.000        |
| Pensión             | 1                              | 294.400                             | 294.400        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 9.700                               | 9.700          |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>534.100</b>                      | <b>534.100</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                     |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN           | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1072669214        | DIANA MILENA RIPPE HERRERA |        | chia vereda samaria | 3134988376         | dianarippe27@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 |  |
| 2025-10              | 2025-10                           |               |                          |                 |          | \$534.100     |  |

| 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 | 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   | 1072669214            | RIPPE HERRERA DIANA MILENA | 59        | 0       |           |                | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |         |    |    |     |       |     |            | 230201            | 1.839.804 | 294.400    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1.839.804 | 230.000                | 14-23    | 1.839.804 | 1               | 9.700      |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

# PAGADA