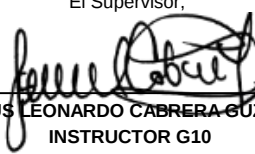


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		86
			Código Centro		951810
	REGIONAL PUTUMAYO		Fecha Elaboración		Diciembre de 2025
	CENTRO AGORFORESTAL Y A-PUTUMAYO		Versión		ENERO - 2.25
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		ID de Proceso		73807-136663
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: HEIDI JOHANA CATALINA CABEZAS		Banco a consignar: BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía 1.123.203.962		Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: hjcatalina@sena.edu.co		Número de Cuenta: 45147168105			
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?		NO			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000		NO			
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			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.		0,00%			
DATOS DEL CONTRATO					
Nº del contrato: 298/2025		Nº Compromiso SIIF 46225		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PRESENCIAL O VIRTUAL, ASÍ COMO REALIZAR SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA DE REQUERIRSE. LO ANTERIOR DE ACUERDO AL PROCE			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/11/2025 Al 30/11/2025		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 8.889.707	
Número de pago 10		Valor Total del Contrato:		\$ 53.160.446	
Valor Bruto Pago: \$ 5.333.824,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 3.555.883	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 5.333.824		Ninguno		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 878.259		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 6.212.083		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 4.194.783		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Noviembre		Octubre	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		91366965	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.133.530		\$ 2.133.530	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 266.700		\$ 266.700	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 341.400		\$ 341.400	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL I		\$ 11.200		\$ 11.200	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -			
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -			
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -			
Dependientes hasta		\$ -			
Salud hasta \$ 796.784		\$ -			
Renta Exenta 25% \$36.062.775		\$ 1.398.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 9.941.000					
Retención en la Fuente Contingente \$					
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 4.194.783,00 TARIFA	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 5.603.983,00	
				Valor base IVA 0,00	
				IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
				Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
				Menos Retencion IVA 0,00 15%	
				Reteica - 8299 - MOCOA 56.040,00 1,000%	
				0,00 0%	
				0,00 0%	
				0,00 0%	
				0,00 0%	
				0,00 0%	
				0,00 0,000%	
				0,00 0,000%	
				0,00 0,000%	
				0,00 0,000%	
				0,00 0,000%	
				0,00	
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
				VALOR A PAGAR \$5.277.784,00	
SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Pto Asis-Ptyo, Instructor FPI - actividades desarrolladas de 1 a 30 mes noviembre del 2025:1. F:3176738 Técnico en Contabilización de Operaciones Comerciales y Financiera-C-210601020 Atención a Clientes -RA:1-2-3-4-Horas:30-lugar:Sena Pto Asis.					
2.F:3395432 Comple:Comportamiento Emprendedor-C240201533 Fomentar cultura emprendedora según habilidades y competencias personales-RA:1-2-3-4 -Horas:48-Lugar:Sena Pto Asis.					
3.F:3232595 Tecnología en Guianza Turística -C240201529 Gestión de Procesos Emprendedores.-RA:1,2,3,4-Horas:30-Lugar: Sena Pto Asis					
4.F:3398352 Complementaria: Aplicación de Operaciones Contables Básicas-C-210601013 Contabilizar Operaciones de Acuerdo con las Normas Vigentes y las Políticas Organizacionales-RA:1,2,3,4-5-Horas:15-Lugar: Batallón					
Sobre ejecución horas: 38 Total, horas del mes: 123					
TOTAL: 161 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			 HEIDI JOHANA CATALINA CABEZAS EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;			 JESUS LEONARDO CABRERA GUZMAN INSTRUCTOR G10		
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.					
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 FREIDER ALEJANDRO NARVAEZ HERRERA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1123203962	HEIDI JOHANA CATALINA CABEZAS		barrio jorge eliecer gaitan	1111111	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			PUTUMAYO	PUERTO ASÍS	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-10	2025-10	I	11/11/2025	91366965	\$662.000

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					
ESSC18	EPS-S Emssanar	901021565-8	266.700	0		0		0	0	0	0	266.700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	341.400	0	0	0	0	0	0		341.400	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	11.200				11.200	0	0	11.200			112	11.200	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF63	Comfamiliar Putumayo	891200337-8	42.700	0	0	42.700	1	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	266.700	266.700
Pensión	1	341.400	341.400
Riesgos Laborales	1	11.200	11.200
CCF	1	42.700	42.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	662.000	662.000

USUARIO: CC1123203962

CLAVE: Heidi3962

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1123203962	HEIDI JOHANA CATALINA CABEZAS		barrio jorge eliecer gaitan	1111111	patry0630@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			PUTUMAYO	PUERTO ASÍS	
						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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	11/11/2025	91366965	\$662.000
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1123203962	CABEZAS HEIDI JOHANA CATALINA	59	0	N																				25-14	2.133.530	341.400	0	0	0	0	ESSC18	2.133.530	266.700	14-23	2.133.530	1	11.200	CCF63	2.133.530	42.700	0	0	0	0	0

PAGADA