

 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		1				
			Código Centro		101001				
			Fecha Elaboración		Marzo de 2026				
			Versión		ENERO - 1,26				
			ID de Proceso		67097-741329				
DIRECCIÓN GENERAL DIRECCION DE EMPLEO - EMPRENDIMIENTO									
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1									
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		MARIA ROSA ANGARITA PEÑARANDA		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía		51.999.814		Tipo de cuenta:		CORRIENTE			
Correo electrónico:		mrangarita@sena.educ.o		Número de Cuenta:		08504069450			
IP/N° 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 2025		SI			
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600						SI			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a \$209.496.000 (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									
N° del contrato:		9203774/2026	N° Compromiso SIIF		162626	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		APOYOS ADM Y GEST:01-9-2026-006146 ,PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EL DISEÑO, GESTIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LA FASE DE LA RUTA DE FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/03/2026	Al		31/03/2026	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 65.000.000	
Número de pago		2				Valor Total del Contrato:		\$ 71.500.000	
Valor Bruto Pago:		\$ 6.500.000,00				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 58.500.000	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 6.500.000		Ninguno		0,00%			
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 6.500.000				\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 4.309.400		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Marzo		Febrero		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		4.309.400,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		67065993		Base retención en la fuente a titulo de ICA		5.759.000,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.600.000		\$ 2.600.000		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 325.000		\$ 325.000		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 416.000		\$ 416.000		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 13.600		\$ 13.600		Reteica - 8299 - BOGOTÁ		55.632,00	0,966%
		\$ -						0,00	0%
		\$ -						0,00	0%
		\$ -						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		\$ -				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 37.927.505		\$ 1.436.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 1.436.000							
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$6.444.368,00	
SON: SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Se realizaron mesas trabajo con profesionales Boyacá y Guajira para socializar la estimación tiempo para Fortalecimiento Empresarial									
Se realizó consolidación información recopilada sobre 6 regionales frente a las Necesidades y Avances de Fortalecimiento Empresarial									
Se elaboraron ajustes y consolido versión 2 propuesta Estudio para determinación causas de cierre de PYMES apoyadas Fondo Emprender									
Se realizó mesa de trabajo con Coordinadora Emprendimiento para presentar versión 2 y avances del Estudio cierre PYMES Fondo Emprender									
A partir de resultados regionales en Fondo Emprender años 2022, 2023 y 2024 se realizó análisis para establecer universo del estudio									
Se realizó análisis para determinar disponibilidad operativa horas de atención a Fortalecimiento Empresarial para 33 regionales SENA									
Se calculo 3 escenarios para tamaño de muestra con márgenes error 5%, 4% y 3% para Estudio determinación de causas cierre de Pymes									
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:									
1. Cumplí 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									
						MARIA ROSA ANGARITA PEÑARANDA 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;									
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período 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.									
						CLAUDIA PATRICIA AZA CAMPOS TECNICO G01			
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 ELSA AURORA BOHORQUEZ VARGAS DIRECTORA DE EMPLEO Y TRABAJO									

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51999814	MARIA ROSA ANGARITA PEÑARANDA		Carrera 14 numero 77 a 61	3007353595	mariarangerita@yahoo.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67065993	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$5.730.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	2.375.000	0		0		0	7	10.700	0	2.385.700	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	3.040.000	0	0	95.000	95.000	7	13.700	1.000	3.244.700	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	99.200				99.200	7	500	99.700			992	99.700	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
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	2.375.000	2.385.700
Pensión	1	3.230.000	3.244.700
Riesgos Laborales	1	99.200	99.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	5.704.200	5.730.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51999814	MARIA ROSA ANGARITA PEÑARANDA		Carrera 14 numero 77 a 61	3007353595	mariarangarita@yahoo.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		67065993	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$5.730.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colomb. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	USP	SJA	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 51999814	ANGARITA PEÑARANDA MARIA ROSA	59	0		N																	25-14	19.000.000	30	3.040.000	0	0	95.000	95.000	EPS008	19.000.000	30	2.375.000	14-23	19.000.000	30	1	99.200		0	0	0		0	0	0	0	0

PAGADA



Comprobante en línea
Pago PSE

11 Mar 2026 10:18:58



Pago exitoso
CUS 131570378

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1
179.1.218.123

Fecha
11 Mar 2026 10:18:58

Referencia 2
CC

Número de factura
67065993

Referencia 3
51999814

Descripción del pago
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del Pago
\$5.730.100

Número de comprobante
TR1017200378

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Corriente - Bancolombia
****** 9450**