

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 CERTIFICACIÓN COMPETENCIAS LABORALES Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	25	
			Código Centro	101025	
			Fecha Elaboración	Marzo de 2026	
			Versión	ENERO - 1,26	
			ID de Proceso	89731-802212	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: MARINA DEL PILAR VILLARRAGA ORTIZ		Banco a consignar: BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía 39.772.360		Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: mdelpvillarraga@sena.edu.co		Número de Cuenta: 20225969144			
IP/N° de contacto: 17180		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 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: 8979972/2026		N° Compromiso SIIF 6126		Número de pagos durante la vigencia del contrato 12	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		APOYOS ADM. Y GEST. - PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS PROYECTOS QUE LE SEAN ASIGNADOS EN EL MARCO DEL PROCESO "GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES" DE LA REGIONAL CUNDINAMARC			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/03/2026 Al 31/03/2026		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 45.728.667	
Número de pago 3		Valor Total del Contrato:		\$ 52.580.000	
Valor Bruto Pago: \$ 4.780.000,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 40.948.667	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 4.780.000		Ninguno		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 322.058		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 5.102.058				\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.410.058		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 3.410.058,00 TARIFA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	55849602	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.557.058,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.912.000	\$ 1.912.000	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 239.000	\$ 239.000	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 306.000	\$ 306.000	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%	
ARL I		\$ 10.000	\$ 10.000	Reteica - 74901 - BOGOTÁ 39.464,00 0,866%	
		\$		- 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% \$41.375.460		\$ 1.137.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 1.447.000					
Retención en la Fuente Contingente		\$		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
				VALOR A PAGAR \$4.740.536,00	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL QUINIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Participar en las acciones de promoción, comunicación y divulgación de los procesos de la Dirección del Sistema Nacional de Formación					
Dar cumplimiento a lo establecido en el Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol - SIGA					
Cumplir con la política de Seguridad de la Información y Protección de Datos Personales del SENA					
Abstenerse de utilizar los instrumentos de evaluación constituidos y demás documentación que se produzca, sin autorización del SENA					
Atender los requerimientos del supervisor del contrato y presentar informes mensuales de la ejecución de este, así como entregar dentro de los plazos establecidos					
Informar por escrito sobre cualquier conflicto de interés y/o situaciones que afecten la gratuidad, imparcialidad, objetividad, transparencia y confiabilidad del proceso					
Asegurar la gratuidad del proceso Gestión de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales durante todas sus fases, así como de los recursos humanos, financieros y materiales					
Contribuir en la realización de verificaciones a los proyectos de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales desarrollados en el marco del proceso					
Participar en la transferencia de conocimientos a desarrollarse, sobre la metodología de la verificación para el proceso GECCL, con el fin de mejorar la calidad de la evaluación y certificación					
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					
		MARINA DEL PILAR VILLARRAGA ORTIZ 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.					
		CARLOS DARIO MARTINEZ PALACIOS PROFESIONAL G07			
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 DIRECTOR REGIONAL G07 (E)					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39772360	MARINA DEL PILAR VILLARRAGA ORTIZ	Carrera 1 No. 3-30 T1 APTO 503 El Huerto	8281210	m.delpilary@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MADRID	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		55849602	13/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$1.277.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	550.000	0		0		0	0	0	0	550.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	704.000	0	0	0	0	0	0		704.000	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	23.000				23.000	0	0	23.000			230	23.000	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	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	550.000	550.000
Pensión	1	704.000	704.000
Riesgos Laborales	1	23.000	23.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.277.000	1.277.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	39772360	MARINA DEL PILAR VILLARRAGA ORTIZ	Carrera 1 No. 3-30 T1 APTO 503 El Huerto	8281210	m.delpilarv@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MADRID	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		55849602	13/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$1.277.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludgo	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	USP	SJA	ISE	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 39772360	VILLARRAGA ORTIZ MARINA DEL PILAR	59	0			N							X									25-14	4.400.000	30	704.000	0	0	0	0	EPS005	4.400.000	30	550.000	14-23	4.400.000	30	1	23.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Comprobante en línea

12 Mar 2026 18:50:35

Pago PSE



Pago exitoso

CUS 135915898

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1
191.156.231.104

Fecha
12 Mar 2026 18:50:35

Referencia 2
CC

Número de factura
55849602

Referencia 3
39772360

Descripción del pago
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor del Pago
\$1.277.000

Número de comprobante
TR1849225898

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 9144**