



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	Marzo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	74968-889342

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HELIBERTO MURCIA PAZ	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	12.199.278	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	murciap@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0550076200077527
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 2025	NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			
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)			
¿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:	9047175/2026	Nº Compromiso SIIF	19326	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN ARTICULACIÓN CON LA MEDIA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA, EN LAS DIFERENTES				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/03/2026	Al	31/03/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 42.637.473
Número de pago	2			Valor Total del Contrato:	\$ 46.901.220
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 37.899.976

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.737.497		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.777.847	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 título de RENTA	2.777.847,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	8640534747	Base retención en la fuente a título de ICA	4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.750.905	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 218.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 280.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL II	\$ 19.800	\$ 18.300	Reteica - 8299 - CHIA	33.579,00	0,800%
	\$ -	\$ -		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	\$ 473.750	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 34.479.550	\$ 926.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 830.000	\$ -			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$4.703.918,00	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se atendió la formación de aprendices en las siguientes Instituciones educativas, articuladas con el CDA:
IED. Luis Antonio Escobar de villa pinzón Programa Carpintería Metálica ficha: 3190877
IED. Técnico Industrial De Tocancipá Programa Carpintería Metálica ficha: 3204814
IEM. Técnico Industrial De Zipaquirá Programa Carpintería Metálica ficha: 3190855
IEM. Técnico Industrial De Zipaquirá Programa Carpintería Metálica ficha: 3462961

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

**HELIBERTO MURCIA PAZ
EL CONTRATISTA**

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

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

**SANDRA LILIANA BALLEEN BUSTOS
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
GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

RAZÓN SOCIAL :	MURCIA PAZ HELIBERTO
IDENTIFICACIÓN:	CC-12199278
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-03-14
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-03-18
FECHA DE PAGO:	2026-03-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2026-02
PERÍODO SALUD:	2026-02
NÚMERO PLANILLA:	8640534747
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8640534747
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.896.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 237.000	\$ 237.000
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 1.896.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 303.400	\$ 303.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.896.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 46.200	\$ 46.200
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 586.600	\$ 586.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	21/04/2026
----------------------------------	------------



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 de marzo de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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:

R.C	1077880370	ANA SOFIA MURCIA ROSALES	HIJO
R.C	1077240875	SAMUEL ESTEBAN MURCIA ROSALES	HIJO

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: HELIBERTO MURCIA PAZ

C.C. 12199278



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

59244995

NUIP 1.077.980.370



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Form with checkboxes for Registraduría, Notaría, Consulado, Corregimiento, Inspección de Policía, and Código 72.

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: REGISTRADURIA DE GARZON - COLOMBIA - HUILA - GARZON

Datos del inscrito

Fields for Primer Apellido (MURCIA) and Segundo Apellido (ROSALES)

Nombre(s): ANA SOFIA

Fields for Fecha de nacimiento (2018), Sexo (FEMENINO), Grupo sanguíneo (O), and Factor RH (POSITIVO)

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA HUILA GARZON

Fields for Tipo de documento antecedente (CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO) and Número certificado de nacido vivo (14993806-7)

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: ROSALES AROCA DEICY PAOLA

Fields for Documento de Identificación (CC 1.077.863.753) and Nacionalidad (COLOMBIA)

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: MURCIA PAZ HELIBERTO

Fields for Documento de Identificación (CC 12.199.278) and Nacionalidad (COLOMBIA)

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROSALES AROCA DEICY PAOLA

Fields for Documento de Identificación (CC 1.077.863.753) and Firma (Deicy Rosales Aroca)

Datos primer testigo

Fields for Apellidos y nombres completos, Documento de Identificación, and Firma

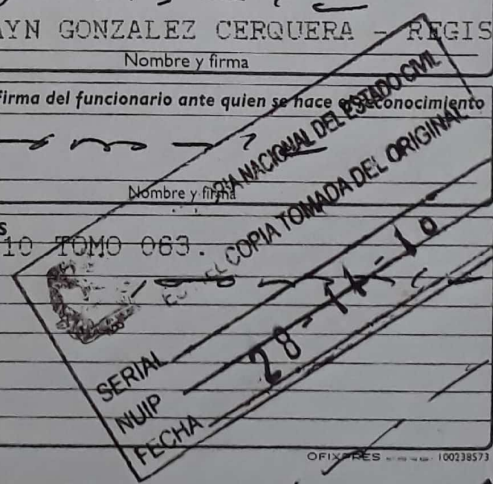
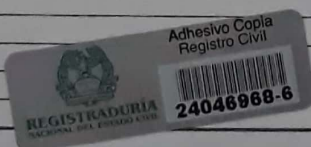
Datos segundo testigo

Fields for Apellidos y nombres completos, Documento de Identificación, and Firma

Fields for Fecha de Inscripción (2018 NOV 27) and Nombre y firma del funcionario que autoriza (HERSAYN GONZALEZ CERQUERA)

Fields for Reconocimiento paterno (Heliberto Murcia P.) and Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ESPACIO PARA NOTAS: 27.NOV.2018 - LIBRO DE VARIOS - FOLIO 010 TOMO 063.



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.077.240.875

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54349149

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaria Número 04 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código K B W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
 NOTARIA 4 NEIVA - COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido MURCIA Segundo Apellido ROSALES
 Nombre(s) SAMUEL ESTEBAN

Fecha de nacimiento Año 2014 Mes JUL Día 06 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
 COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 128004258

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos ROSALES AROCA DEICY PAOLA

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.077.863.753 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos MURCIA PAZ HELIBERTO

Documento de identificación (Clase y número) CC 12.199.278 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MURCIA PAZ HELIBERTO

Documento de identificación (Clase y número) CC 12.199.278 Firma Heliberto Murcia

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción Año 2014 Mes JUL Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza DEYANIRA ORTIZ CUENCA - NOTARIO

Reconocimiento paterno Firma Heliberto Murcia

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ESPACIO PARA NOTAS

21-JUL-2014 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 4, FOLIO 278.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

[Handwritten signature]