

 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 CERTIFICACIÓN COMPETENCIAS LABORALES Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		25		
			Código Centro		101025		
			Fecha Elaboración		Junio de 2026		
			Versión		ENERO - 1,26		
			ID de Proceso		87001-012567		
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		01/06/2026		Al		30/06/2026	
Número de pago		6		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 31.388.667	
Valor Bruto Pago:		\$ 4.780.000,00		Valor Total del Contrato:		\$ 52.580.000	
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 26.608.667	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios		\$ 4.780.000		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas		0,00%	
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.780.000				\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.169.000		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Junio		Mayo		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		87384640		Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.912.000		\$ 1.912.000		Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 239.000		\$ 239.000		IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 306.000		\$ 306.000		Menos Retención en la Fuente	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	
ARL		\$ 10.000		\$ 10.000		Reteica - 74901 - BOGOTÁ	
		\$ -				36.675,00	
		\$ -				0,866%	
		\$ -				0,00%	
		\$ -				0,00%	
		\$ -				0,00%	
		\$ -				0,00%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				Otras Retenciones	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Otras Retenciones	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones	
Dependientes hasta		\$ -				Otras Retenciones	
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones	
Renta Exenta 25%		\$ 41.375.460		\$ 1.056.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.696.000				0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)	
						VALOR A PAGAR	
						\$ 4.743.325,00	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO 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, que comprende garantizar la integridad							
Abstenerse de utilizar los instrumentos de evaluación constituidos y demás documentación que se produzca, sin autorización del SENA que							
Atender los requerimientos del supervisor del contrato y presentar informes mensuales de la ejecución de este, así como entregar dentro							
Asegurar la gratuidad del proceso Gestión de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales durante todas sus fases, así como de							
Contribuir en la realización de verificaciones a los proyectos de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales desarrollados e							
Apoyar el seguimiento a la implementación de las acciones correctivas derivadas de las verificaciones.							
Elaborar y registrar oportunamente los informes, actas, reportes y demás documentos derivados del desarrollo de las verificaciones de							
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:							
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.							
Autorizo el presente pago. El Supervisor,							
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	6018248396	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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		87384640	12/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	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	6018248396	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
		87384640	12/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	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	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	ING	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	Vgr	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 39772360	VILLARRAGA ORTIZ MARINA DEL PILAR	59	0			N																	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	0



¡Pago exitoso!

Desde somos@nequi.com.co <somos@nequi.com.co>

Fecha Vie 12/06/2026 10:42 AM

Para m.delpilarv@hotmail.com <m.delpilarv@hotmail.com>



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en COMPENSAR-OI por \$1.277.000

Fecha: El 12 de junio de 2026

Hora: 10:42 a. m.

CUS: 384840494

Puedes ingresar a tu app Nequi en la opción de Movimientos y revisar el detalle de este pago.

Si no fuiste tú, fue un error o tienes dudas, escríbenos al chat de nuestra página web: www.nequi.com.co en el botón de 'Ayuda' o llama a la línea de atención **(+57) 300 600 0100**

¿Ya nos sigues en redes? ¡Siempre tenemos cosas nuevas!



