



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 CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Setiembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	43555-896272

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	POLICARPA ANTONIA BUENANOS LOZANO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	26.257.526	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	pbuenanos1953@sena.edu.co	Número de Cuenta:	53637343986
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 2024	SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			SI
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			SI
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:	7538287/2025	Nº Compromiso SIIF	8325	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	CONTRATACION INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE TRES (03) INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR LOS PROCESOS DE SEGUIMIENTO A LA ETAPA PRODUCTIVA DE LOS APRENDICES EN LA MODALIDAD DE TITULADA, EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES,				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/09/2025	Al	30/09/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 17.190.314
Número de pago	7			Valor Total del Contrato:	\$ 44.420.987
Valor Bruto Pago:	\$ 4.563.800,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 12.626.514

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.563.800	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.563.800	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 3.244.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Setiembre	Agosto			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	88858794	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.244.000,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.825.520	\$ 1.825.520	Base retención en la fuente a título de ICA	4.335.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 228.200	\$ 228.200	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 0	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 9.600	\$ 9.600	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8551 - QUIBDO	8.671,00	0,200%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		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	\$ -	-	Pro Utch	68.457,00	1,500%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 32.784.341	\$ 1.082.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 6.455.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	VALOR A PAGAR	\$ 4.486.672,00	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realiza visitas a entidad asignada, para constatar que el lugar establecido para el desarrollo de las actividades de los aprendices asignados, esté en condiciones óptimas para que el programa de formación que se pueda llevar a cabo con éxito la etapa productiva y se realiza entregan bitácoras, formato de planeación y e evolución de l etapa practica se les explica cómo deben diligenciarse .

Conforme a lo establecido en las obligaciones de cada mes

se verifíco la afiliación a la ARL de los aprendices que se les realizo seguimiento durante el periodo objeto de cobro

visitas a aprendices con contrato de aprendizaje, durante el periodo objeto de cobro

Se brinda orientación acerca los requisitos requeridos para el proceso de certificación, a los Aprendices que finalizan la Etapa Productiva

Se brinda orientación acerca los requisitos requeridos para el proceso de certificación, a los Aprendices que finalizan la Etapa Productiva

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

POLICARPA ANTONIA BUENANOS LOZANO
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,

ELSA INES ROMAÑA ROMAÑA
INSTRUCTOR G15

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

CARMEN STRELLA ARBOLEDA VELASQUEZ

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	26257526	POLICARPA ANTONIA BUENAÑOS LOZANO		CARRERA 12 No. 19 - 116 BARRIO LAS MENECES	3216480886	PBUENANOS1953@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CHOCÓ	QUIBDÓ	
						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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	88858794	\$238.800	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	228.200	0		0		0	6	900	0	229.100	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

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	9.600				9.600	6	100	9.700			96	9.700	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	228.200	229.100
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	9.600	9.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	237.800	238.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	26257526	POLICARPA ANTONIA BUENAÑOS LOZANO		CARRERA 12 No. 19 - 116 BARRIO LAS MERCEDES	3216480886	PBUENANOS1953@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CHOCÓ	QUIBDÓ	
						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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-08	2025-08	\$238.800				

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCION	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	26257526	BUENAÑOS LOZANO POLICARPA ANTONIA	59	2	N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS037	1.825.520	228.200	14-23	1.825.520	1	9.600	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Medellín, 24 de septiembre 2025

¡Hola!
Policarpa Bienaños

Espero te encuentres muy bien

Seguimos muy de cerca tu requerimiento 8017507888, donde solicitas el comprobante del pago PSE que realizaste desde tu cuenta.

PAGO PSE COMPENSAR-OI	9/10 9/10	238,800.00-
-----------------------	-----------	-------------

Te informamos que procedimos a radicar dicha solicitud desde el radicado 8017511086 y en máximo dos días hábiles recibirás el soporte de tu pago PSE.

También te queremos contar que desde la sucursal virtual personas y app mi Bancolombia también puedes descargar tus comprobantes de pagos virtuales con hasta 4 meses de antigüedad.

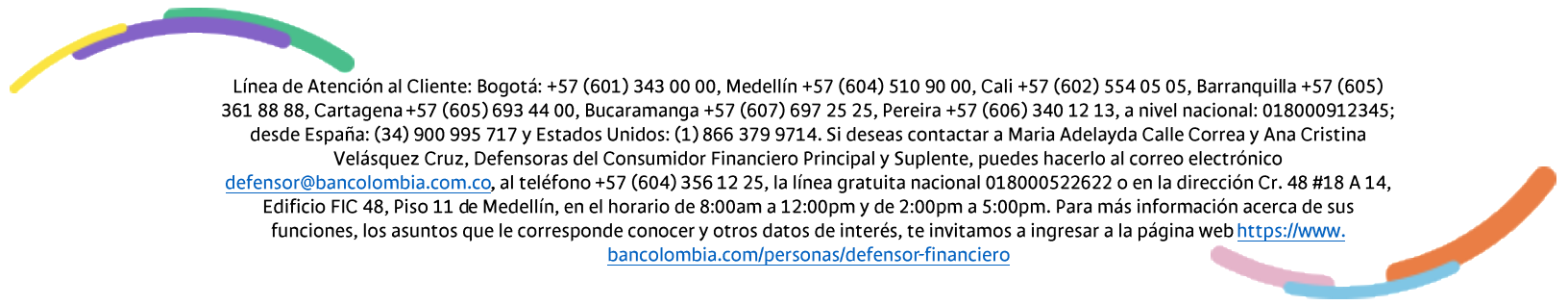
Sucursal virtual personas: pagos, facturas, ver histórico, clic al nombre del comercio y te salen los detalles del pago y puedes descargar el comprobante.

App mi Bancolombia: transacciones, pagar facturas, historial de pagos, clic en el pago que necesitas, te salen los detalles del pago y la opción compartir.

Te reiteramos nuestra permanente disposición para continuar ofreciéndote nuestra asesoría y acompañamiento.

Estamos contigo,

Equipo Bancolombia.



Línea de Atención al Cliente: Bogotá: +57 (601) 343 00 00, Medellín +57 (604) 510 90 00, Cali +57 (602) 554 05 05, Barranquilla +57 (605) 361 88 88, Cartagena +57 (605) 693 44 00, Bucaramanga +57 (607) 697 25 25, Pereira +57 (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: (34) 900 995 717 y Estados Unidos: (1) 866 379 9714. Si deseas contactar a María Adelayda Calle Correa y Ana Cristina Velásquez Cruz, Defensoras del Consumidor Financiero Principal y Suplente, puedes hacerlo al correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, al teléfono +57 (604) 356 12 25, la línea gratuita nacional 018000522622 o en la dirección Cr. 48 #18 A 14, Edificio FIC 48, Piso 11 de Medellín, en el horario de 8:00am a 12:00pm y de 2:00pm a 5:00pm. Para más información acerca de sus funciones, los asuntos que le corresponde conocer y otros datos de interés, te invitamos a ingresar a la página web <https://www.bancolombia.com/personas/defensor-financiero>