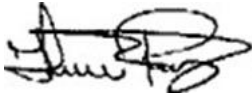


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL SANTANDER CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	68	
			Código Centro	912210	
			Fecha Elaboración	21 de Octubre de 2025	
			Versión	ENERO - 2.25	
			ID de Proceso	73578-726920	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: JHEDINSON PAEZ GONZALEZ		Banco a consignar: DAVIVIENDA			
Cédula de Ciudadanía: 1.098.660.301		Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: jpaez@misena.edu.co		Número de Cuenta: 048500053441			
IP/N° de contacto: 73307		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		NO	
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?					
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000					
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)					
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?					
Concepto del pago corresponde a: Ninguno					
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%					
DATOS DEL CONTRATO					
N° del contrato: 7409345/2025		N° Compromiso SIIF 11025		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES: PARA APOYAR LA FORMULACION Y DESARROLLO DEL PLAN DE ACCION DE BIENESTAR AL APRENDIZ DEL CENTRO DE FORMACION CON ESPECIAL ATENCION DEL INTERNADO - CENTRO DE CONVIVENCIA PL 10 MESES VR MES \$2.632.980			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/10/2025 Al 31/10/2025		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 7.547.876	
Número de pago 9		Valor Total del Contrato:		\$ 27.382.992	
Valor Bruto Pago: \$ 2.632.980,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 4.914.896	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 2.632.980		Ninguno		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 2.632.980		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.659.280		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 1.659.280,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	4622373226	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000	\$ 178.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800	\$ 227.800	Menos Retención en la Fuente	0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00 15%
ARL II		\$ 14.900	\$ 14.900	Reteica - 8299	0,00 0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00 0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00 0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00 0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			0,00 0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -			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 \$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$36.062.775		\$ 553.000		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 4.117.000					0,00
Retención en la Fuente Contingente \$				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
				VALOR A PAGAR	\$2.632.980,00
SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Se realiza cronograma actividades mes de octubre.					
Se realiza acompañamiento en jornada deportiva durante los fines de semana, cine foros y actividad deportivas.					
Se organiza jornadas de embellecimiento en el centro como sentido de pertenencia.					
Se realiza registro y firma de permiso de salida de los aprendices del centro					
Se realiza el traslado de los aprendices que durante el mes de octubre presentaron quebrantos en salud y ameritaron ser trasladados al					
Se realiza apoyo en las campañas organizadas por el equipo de bienestar					
Flayers de invitación a las actividades realizadas durante el mes de octubre.					
Se realizan informes y registros Sobre novedades ocurridas durante el mes de octubre.					
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					
			JHEDINSON PAEZ GONZALEZ 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 periodo 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.			DENIS OMAR LAGUADO JAIMES PROFESIONAL G03		
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 JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1098660301
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JHEDINSON PAEZ GONZALEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	EL PLAYON DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 12 NO 5-27 ROBERTO ORTEGA	TELÉFONO: 7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4622373226	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	19	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9994398864

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 230.500
SUBTOTAL:			1	\$ 230.500
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 180.100
SUBTOTAL:			1	\$ 180.100
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 15.100
SUBTOTAL:			1	\$ 15.100

VALOR SIN MORA:	\$ 420.700
VALOR MORA:	\$ 5.000
TOTAL PAGADO:	\$ 425.700