



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 SUCRE

CENTRO DE INNOVACIÓN, LA TECNOLOGIA Y LOS SERVICIOS-SUCRE

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

| | |
|-------------------|-------------------|
| Código Regional | 70 |
| Código Centro | 954210 |
| Fecha Elaboración | Noviembre de 2025 |
| Versión | ENERO - 2.25 |
| ID de Proceso | 10664-283171 |

DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|--|-----------------------------|---|-------------|
| Nombres y apellidos: | EDDIER ENRIQUE PADILLA NIÑO | Banco a consignar: | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía | 92.536.332 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | padillan@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 50626805806 |
| IP/Nº de contacto: | 0 | 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 2024 | NO |
| ¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión? | NO | | |
| Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000 | NO | | |
| 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: | 7516887/2025 | Nº Compromiso SIIF | 19225 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | INSTRUCTOR: INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN COMPLEMENTARIA Y/O TITULADA EN LAS DIVERSAS ÁREAS ATENDIDAS POR EL CITS DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE LA OFERTA REGULAR PRESENCIAL CENTRO RAD CPE NO. 70-9-2025-001461 | | | | |

DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del | 01/11/2025 | Al | 30/11/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 6.439.315 |
| Número de pago | 10 | | | Valor Total del Contrato: | \$ 45.075.207 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 4.599.511,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 1.839.804 |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios | \$ 4.599.511 | 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 | \$ 4.599.511 | Menos, Retefuente Otros Ingresos | \$ 0 |
| BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 3.049.411 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | \$ 0 |

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

| | Noviembre | Octubre | Base retención en la fuente a título de RENTA | 3.049.411,00 | TARIFA |
|--|---------------|--------------|---|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | ----- | 4628137281 | Base retención en la fuente a título de ICA | 4.599.511,00 | |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 1.839.804 | \$ 1.839.804 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | \$ 230.000 | \$ 230.000 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | \$ 294.400 | \$ 294.400 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | \$ - | \$ 0 | Menos Retención IVA | 0,00 | 15% |
| ARL | \$ 9.700 | \$ 9.700 | Reteica - 8523 - SINCELEJO | 27.597,00 | 0,600% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | | | 0,00 | 0% |
| 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 | \$ - | | 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 | \$ 1.016.000 | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 9.859.000 | | | | |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | VALOR A PAGAR | \$4.571.914,00 | |

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| |
|---|
| Titulada integración de operaciones Logística ficha 3237644 |
| Titulada integración de operaciones Logística ficha 3237444 |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| 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 |
| EDDIER ENRIQUE PADILLA NIÑO 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. | PEDRO SUAREZ MONTES 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
JOSE GREGORIO SUAREZ CONTRERAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|------------------------------|---------------------------|---|--------------------------------|-------------------|---------------------------|------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 92536332 | NÚMERO PLANILLA: | 4628137281 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | SINCELEJO | DEPARTAMENTO: | EDDIER ENRIQUE PADILLA NINO | PERIODO COTIZACIÓN OTROS: | MES | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | KR 9 #24-48 UBR MEDITERRANEO | TELÉFONO: | SUCRE | DÍAS DE MORA: | 0 | | 2025 |
| DIRECCIÓN: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | 22222222 | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/10/31 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994493413 |
| TIPO APORTANTE: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | I-INDEPENDIENTE | | | | |
| TIPO EMPRESA: | ÚNICO | | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act | | | | |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | | | | | | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO | | | | |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|-------------------|-------------|-------------|-------------------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | \$ 294.400 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 294.400 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 294.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 294.400 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 294.400 |

| TOTAL APORTES A SALUD | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|------------|-------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|------------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 230.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 230.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 230.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 230.000 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 230.000 | |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|----------------|---------------------|-------|----------------------|----------|-------------|------------|---------|-----------------|-------------|--------------|-----------------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO | |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 9.700 | \$ 9.700 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 9.700 | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 9.700 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 9.700 |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|-----------------------------|--|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------|----------|-----------|------------|------|---------------------|---------------------------|--------------|------------|--------------------|--------------|------------|-------------|--------------|------------|---|-----|-------------------|--------------|----------|------|------|------|------|------|
| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TAE | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | APORTES VOLUNTARIOS | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF | SENA | ICBF | ESAP |
| 1 | CC 92536332 | PADILLA NINO EDDIER ENRIQUE | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | \$ 1.839.850 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | 1.839.850 | \$ 294.400 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | Normal | \$ 294.400 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | 1.839.850 | \$ 230.000 | \$ 0 | \$ 230.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | 1.839.850 | \$ 92536332 | \$ 9.700 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 |

TOTAL PAGADO: \$ 534.100