



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 QUINDÍO  
CENTRO AGROINDUSTRIAL-QUINDÍO

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

Código Regional	63
Código Centro	912010
Fecha Elaboración	Noviembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	11283-967025

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	JANIER OFRAY SOSA GALLEGO	Banco a consignar:	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	1.060.650.294	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	jososag@sena.edu.co	Número de Cuenta:	428803175
IP/Nº de contacto:		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?			
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:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	7365322/2025	Nº Compromiso SIIF	6525	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FPI QUE PROGRAME EL CENTRO EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES PROGRAMA DE POBLACIÓN DESPLAZADA VÍCTIMA Y POBLACIONES VULNERABLES ÁREA CAFÉ RAD 63-9-2025-001169				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 7.205.901
Número de pago	10			Valor Total del Contrato:	\$ 48.294.866
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 2.606.390

**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		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.599.511</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 3.041.811</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA		3.041.811,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	8639075284	Base retención en la fuente a título de ICA		0,00	
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	\$ 19.300	\$ 19.300	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	\$ -	-	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	\$ 1.014.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 9.331.000					
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)		1.270.404,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>		<b>\$3.329.107,00</b>	

**SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS VEINTINUEVE MIL CIENTO SIETE PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Impartir formación en fichas 3358494, 3358514 - PREPARACION DE BEBIDAS A BASE DE CAFE ESPRESSO
Impartir formación en fichas 3351291 - ETIQUETA Y PROTOCOLO EN EL SERVICIO A LA MESA
Impartir formación en ficha 3384793 - TECNICAS DE PREPARACION DE BEBIDAS A BASE DE CAFE
Impartir formación en ficha 3384811, 3380073- PREPARACION DE BEBIDAS A BASE DE CAFE POR METODOS ALTERNATIVOS
Evento con barra de café en el Centro Penitenciario de Calarcá

<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>	
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	<b>JANIER OFRAY SOSA GALLEGO EL CONTRATISTA</b>

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	<u>Autorizo</u> el presente pago. El Supervisor,
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;	<b>MARGARITA SALAZAR RAMOS INSTRUCTOR G11</b>
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.	

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**  
**PAOLA ANDREA VANEGAS LOAIZA**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

RAZÓN SOCIAL :	JANIER OFRAY SOSA GALLEGO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1060650294
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-01
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-12-01
FECHA DE PAGO:	2025-12-01
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-10
PERÍODO SALUD:	2025-10
NÚMERO PLANILLA:	8639075284
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8639075284
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	\$ 1.840.000	\$ 0	\$ 0	\$ 800	\$ 230.000	\$ 230.800
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.840.000	\$ 0	\$ 0	\$ 1.000	\$ 294.400	\$ 295.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.840.000	\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 44.900	\$ 45.100
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 2.000	\$ 569.300	\$ 571.300

# PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	23/12/2025
----------------------------------	------------

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1060650294 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA	CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL	
Período pensión: 2025-10	230301	800224808	PORVENIR	1	5	294.400	1.000	295.400	
Período salud: 2025-10	EPS010	800088702	EPS SURA	1	5	230.000	800	230.800	
Planilla Nro.: 8639075284 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	5	44.900	200	45.100	
Clase de aportante: I	SINCCF	0	SIN CCF	1	5	0	0	0	
Fecha transacción: 2025-12-01	PASENA	899999034	SENA	0	5	0	0	0	
Banco: BANCO DE OCCIDENTE	PAICBF	899999239	ICBF	0	5	0	0	0	
Transacción:	PAESAP	899999054	ESAP	0	5	0	0	0	
	PAMIED	899999001	MINEDU	0	5	0	0	0	
<b>GRAN TOTAL</b>							<b>\$ 571.300</b>		

PAGADO

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1060650294	0	JANIER OFRAY SOSA GALLEG0	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
17-1	CR 7A 5 16		3136476479		JOSOSA4@MISENA.EDU.CO		N	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-10	2025-10	8639075284	I	2025-12-01	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	571.300	2.000	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8639075284	2025-11-26	Pagada							

EMPLEADO		NOVEDADES														DÍAS		PENSIÓN				SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica											
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.						
1	CC 1060650294	SOSA GALLEG0 JANIER OFRAY	1.840.000																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.840.000	294.400	0	0	EPS SURA-EPS010	1.840.000	230.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.840.000	44.900	0,02436	0	0	0	0	0	0	59	0	569.300	N	3813001

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1060650294	0	JANIER OFRAY SOSA GALLEG0	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
17-1	CR 7A 5 16		3136476479		JOSOSA4@MISENA.EDU.CO		N	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-10	2025-10	8639075284	I	2025-12-01	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	571.300	2.000	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8639075284	2025-11-26	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.840.000	1.840.000	1.840.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	294.400	0	1.000	0	295.400
PORVENIR	230301	800224808	8	1	294.400	0	1.000	0	295.400
EPS(Administradoras: 1)				1	230.000	0	800	0	230.800
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	230.000	0	800	0	230.800
ARP(Administradoras: 1)				1	44.900	0	200	0	45.100
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	44.900	0	200	0	45.100
Gran Total					569.300	0	2.000	0	571.300

EFFECTIVO LTDA  
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9617908127 DV: 305617  
Cliente: 113237 PLANILLAS AVAL Aportes en  
Linea Arus Compensar Asopagos Simple Ai

Fecha: 01/12/2025 11:25:53  
PAP: 953053  
Nombre: Janier  
Apellido 1: SOSA  
NUM PLANILLA: 8639075284  
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE  
CIUDADANIA  
NUMERO IDENTIFICACION: 1060650794  
PERIODO: 202510  
Referencia: 8639075284 Valor: \$571.300,00

Aplica condiciones particulares con el  
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico  
soporte valido para atender cualquier  
reclamacion.

Para reclamaciones presente este  
recibo: Tel. (1) 6510101.  
servicioalcliente@efecty.com.co.  
www.efecty.com.co