



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 NORTE DE SANTANDER

CENTRO DE LA INDUSTRIA LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS REG. NORTE DE SANTANDER

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

|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| Código Regional   | 54                |
| Código Centro     | 953710            |
| Fecha Elaboración | Diciembre de 2025 |
| Versión           | ENERO - 2.25      |
| ID de Proceso     | 37311-655278      |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

|  |                           |   |             |
|--|---------------------------|---|-------------|
| Nombres y apellidos:   | BLANCA DELLY LEON CAMARGO | Banco a consignar:                              | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía   | 60.259.468                | Tipo de cuenta:                                 | AHORROS     |
| Correo electrónico:  | bdleon@sena.edu.co        | Número de Cuenta:                               | 61665522623 |
| IP/Nº de contacto:   | 3105560564                | 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 | SI          |
| ¿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:   | 7293931/2025  | Nº Compromiso SIIF | 5325 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |
| OBJETO CONTRACTUAL:<br>(Descripción del servicio prestado) | Prestar los servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la formación profesional integral que programe el centro de formación en la red de conocimiento AGRÍCOLA en sus diferentes niveles y modalidades. |                    |      |  |    |

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

|                   |                 |                           |               |                              |              |
|-------------------|-----------------|---------------------------|---------------|------------------------------|--------------|
| Del               | 01/12/2025      | Al                        | 08/12/2025    | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 1.226.536 |
| Número de pago    | 11              | Valor Total del Contrato: | \$ 46.761.695 |                              |              |
| Valor Bruto Pago: | \$ 1.226.536,00 |                           |               | Nuevo Saldo del Contrato:    | \$ 0         |

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

|  |                     |                                       |             |
|--|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                    | \$ 1.226.536        | Ninguno                               | 0,00%       |
| Ingresos por comisiones                    | \$ 439.240          | Retencion en la Fuente del Periodo    | \$ 0        |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ 0                | Menos, Retefuente Otros Ingresos      | \$ 0        |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>          | <b>\$ 1.665.776</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> | <b>\$ 0</b> |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>    | <b>\$ 747.046</b>   |                                       |             |

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

|  | Diciembre     | Noviembre    |   |   |                       |
|--|---------------|--------------|---|---|-----------------------|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS                                    |               | 91438244-916 | 1 | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 747.046,00            |
| Ingreso Base de Cotización - IBC   | \$ 1.423.500  | \$ 1.839.804 |   | Base retención en la fuente a titulo de ICA   | 0,00                  |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                    | \$ 178.000    | \$ 230.000   |   | Valor base IVA                                | 0,00                  |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                  | \$ 227.800    | \$ 294.400   |   | 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 II   | \$ 14.900     | \$ 19.300    |   | Menos Retencion IVA                           | 0,00 15%              |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes                  | \$ -          |              |   | Reteica - 8299                                | 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  | \$ -          |              |   | Estampilla Departamental                      | 33.316,00 2,000%      |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias                            | \$ -          |              |   | Otras Retenciones                             | 0,00 0,000%           |
| Intereses Prestamo de Vivienda   | \$ 7.370.295  |              |   | Otras Retenciones                             | 0,00 0,000%           |
| Dependientes hasta   | \$ 166.578    |              |   | Otras Retenciones                             | 0,00 0,000%           |
| Salud hasta  | \$ 796.784    |              |   | Otras Retenciones                             | 0,00 0,000%           |
| Renta Exenta 25%   | \$ 36.062.775 | \$ 0         |   |   | 0,00                  |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 0          |              |   | Descuentos de embargo (Si tiene)              | 0,00                  |
| Retención en la Fuente Contingente   | \$            |              |   | <b>VALOR A PAGAR</b>                          | <b>\$1.193.220,00</b> |

**SON: UN MILLON CIENTO NOVENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE**

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

|  |
|--|
| Orientar Acciones de FPI a formación Titulada en la red de conocimiento Agroindustria Alimentaria  |
| Trabajo en evaluación del programa de formación de los grupos 29427693, 2927696, 2927669 y 2943268 de grado 11 que se certificaron en el mes de noviembre 2025, realización de informe semestral de actividades, actualización de portafolio de los grupos 2927693, 2927696 2927669 y 2943268 de grado 11, entrega de documentos requeridos para dejar al día los portafolios de instructor vigencia 2025. |
| Total, horas ejecutadas en el periodo (diciembre): 40 horas  |

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**

1. Cumplo 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

BLANCA DELLY LEON CAMARGO  
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,

ALBA GISELA ARAQUE OROZCO  
INSTRUCTOR

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  
HUGO LEON TABORDA OCAMPO  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

| DATOS DEL APORTANTE                        |                   |                           |        |                            |                    |                               |
|--|-------------------|---------------------------|--------|----------------------------|--------------------|-------------------------------|
| TIPO                                       | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN                  | TELÉFONO           | CORREO                        |
| CC   | 60259468          | BLANCA DELLY LEON CAMARGO |        | CALLE 22 AN # 4-23TASAJERO | 0000000            | biancad.leoncamargo@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                         | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO | DEPARTAMENTO               | CIUDAD / MUNICIPIO |                               |
| ÚNICA                                      | I - Independiente |                           |        | NORTE DE SANTANDE          | CÚCUTA             |                               |
| <b>EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD</b> |                   |                           |        |                            |                    |                               |
| 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 |     |
| 2025-11              | 2025-11                           | I             | 21/11/2025               | 91438244        | \$543.700     |     |

## 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 | 230.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 230.000       | 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 | 294.400                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 294.400       | 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 | 19.300                 |                  |       |                        | 19.300                | 0         | 0                     | 19.300              |                            |                     | 193               | 19.300        | 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 |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Salud               | 1                              | 230.000                             | 230.000        |
| Pensión             | 1                              | 294.400                             | 294.400        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 19.300                              | 19.300         |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>543.700</b>                      | <b>543.700</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                            |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|----------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN                  | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 60259468          | BLANCA DELLY LEON CAMARGO |        | CALLE 22 AN # 4-23TASAJERO | 0000000            | blancad.leoncamargo@gmail.com       |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO | DEPARTAMENTO               | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I - Independiente |                           |        | NORTE DE SANTANDE          | CÚCUTA             |                                     |
|                     |                   |                           |        |                            |                    | 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 |  |
| 2025-11              | 2025-11                           | 1             | 21/11/2025               | 91438244        | \$543.700 |               |  |

**DETALLE POR COTIZANTE**

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                           | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |           |                  |           |     |     |     |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |    |     | SALUD |     |            | RIESGOS LABORALES |           |            | CCF                   |                      |                                | PARAFISCALES                    |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|-----|-------|-----|------------|-------------------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres       | Cotizante             | Subjeto | Exonerado | Cotiz. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VBT | SILN | ISE     | MA | MA | ASP | VCT   | IRL | CORRECCION | Cód. AFP          | IBC AFP   | Cotización | Voluntario 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   | 60259468              | LEON CAMARGO BLANCA DELLY | 59                    | 0       |           |                  | N         |     |     |     |     |     |     |     |     |      |         |    |    |     |       |     |            | 25-14             | 1.840.000 | 294.400    | 0                     | 0                    | 0                              | 0                               | EPS037   | 1.840.000 | 230.000                | 14-23    | 1.840.000 | 2               | 19.300     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

# PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE                        |                   |                           |        |                            |                    |                               |
|--|-------------------|---------------------------|--------|----------------------------|--------------------|-------------------------------|
| TIPO                                       | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN                  | TELÉFONO           | CORREO                        |
| CC   | 60259468          | BLANCA DELLY LEON CAMARGO |        | CALLE 22 AN # 4-23TASAJERO | 0000000            | biancad.leoncamargo@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                         | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO | DEPARTAMENTO               | CIUDAD / MUNICIPIO |                               |
| ÚNICA                                      | I - Independiente |                           |        | NORTE DE SANTANDE          | CÚCUTA             |                               |
| <b>EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD</b> |                   |                           |        |                            |                    |                               |
| 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 |     |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 03/12/2025               | 91651350        | \$543.700     |     |

## 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 | 230.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 230.000       | 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 | 294.400                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 294.400       | 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 | 19.300                 |                  |       |                        | 19.300                | 0         | 0                     | 19.300              |                            |                     | 193               | 19.300        | 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 |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| <b>SENA</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ICBF</b>  |           |                   |               |               |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| <b>ESAP</b>  |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
| <b>MEN</b>   |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar  |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Salud               | 1                              | 230.000                             | 230.000        |
| Pensión             | 1                              | 294.400                             | 294.400        |
| Riesgos Laborales   | 1                              | 19.300                              | 19.300         |
| CCF                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                 | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>      | <b>3</b>                       | <b>543.700</b>                      | <b>543.700</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                           |        |                            |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|----------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE          |        | DIRECCIÓN                  | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 60259468          | BLANCA DELLY LEON CAMARGO |        | CALLE 22 AN # 4-23TASAJERO | 0000000            | blancad.leoncamargo@gmail.com       |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL           | CÓDIGO | DEPARTAMENTO               | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                           |        | NORTE DE SANTANDE          | CÚCUTA             |                                     |
|                     |                   |                           |        |                            |                    | 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 |  |
| 2025-12              | 2025-12                           | 1             | 03/12/2025               | 91651350        | \$543.700 |               |  |

**DETALLE POR COTIZANTE**

| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                           | INFORMACIÓN NOVEDADES |         |           |                  |           |     |     |     |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |    |    |     |     |     | SALUD      |          |           | RIESGOS LABORALES |                       |                      | CCF                            |                                 |          | PARAFISCALES |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|-----|-----|-----|------------|----------|-----------|-------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| No.                   | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres       | Cotizante             | Subjeto | Exonerado | Colom. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VBT | SILN | ISE     | MA | MA | ASP | VCT | IRL | CORRECCION | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización        | Voluntario 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   | 60259468              | LEON CAMARGO BLANCA DELLY | 59                    | 0       |           |                  | N         |     |     |     |     |     |     |     |     |      |         |    |    |     |     |     |            | 25-14    | 1.840.000 | 294.400           | 0                     | 0                    | 0                              | 0                               | EPS037   | 1.840.000    | 230.000                | 14-23    | 1.840.000 | 2               | 19.300     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

# PAGADA



Versión: 05

Código:  
GTH-F-074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

|  |                                 |       |   |          |                    |
|--|---------------------------------|-------|---|----------|--------------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: BLANCA DELLY LEON CAMARGO |                                 |       |   |          | IDENTIFICACIÓN     |
| CIUDAD   | CUCUTA                          | FECHA | 12/1/2025   | REGIONAL | NORTE DE SANTANDER |
| DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:              |                                 |       | CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LO SERVICIOS |          |                    |
| NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:                                    | CO1.PCCNTR.7293931 DEL 2/3/2025 |       |   |          |                    |

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

|                               |                                     |        |                          |  |                          |                        |                          |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO | <input checked="" type="checkbox"/> | CESIÓN | <input type="checkbox"/> | LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO | <input type="checkbox"/> | TERMINACIÓN UNILATERAL | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|

| DEPENDENCIA SENA   | Marcar con x | RESPONSABLES   |       |
|--|--------------|--|-------|
|  |              | NOMBRES Y APELLIDOS  | FIRMA |
| GESTIÓN DE TIC   | X            | LUIS ALEJANDRO HEREDIA PEÑA  |       |
| ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS   | X            | ALBA GISELA ARAQUE OROZCO  |       |
| ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación)<br>SECRETARÍA GENERAL |              | N/A  |       |
| ALMACÉN E INVENTARIOS  | X            | Generar reporte de <a href="https://miinventario.sena.edu.co/inicio.aspx">https://miinventario.sena.edu.co/inicio.aspx</a> y anexar al |       |
| SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)                            |              | N/A  |       |
| CONTABILIDAD   | X            | JOSE MILCIADES AYALA ROA   |       |
| TESORERIA  | X            | LIBIA DEL CARMEN TOLOZA GONZALEZ   |       |
| COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA  |              | N/A  |       |
| BIBLIOTECA   | X            | DEYSI JOHANNA HERNANDEZ RIOS   |       |
| BIENESTAR APRENDICES   | X            | SANDRA MILENA ANDRADE JAIMES   |       |
| ORDENES DE VIAJE   | X            | FREDDY JOSE RAMIREZ BOTELLO  |       |
| SUPERVISOR DE CONTRATO   | X            | ALBA GISELA ARAQUE OROZCO  |       |

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Refacionar con su respectivo valor)

OTROS :

Firma del Contratista