

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		68	
			Código Centro		954610	
			Fecha Elaboración		Marzo de 2026	
			Versión		ENERO - 1,26	
			ID de Proceso		32271-552812	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		LIDA LEYBE HERNÁNDEZ CASTILLO		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		28.034.480		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		llhernandezc@sena.edu.co		Número de Cuenta:		55523182373
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 2025		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600						NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a \$209.496.000 (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:		9142105/2026		Nº Compromiso SIIF		12926
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		9
OBJETO CONTRACTUAL:		INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RA DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS, PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS TÉCNICAS.				
(Descripción del servicio prestado)						
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/03/2026		Al		31/03/2026
Número de pago		2		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 37.320.480
Valor Bruto Pago:		\$ 4.665.060,00		Valor Total del Contrato:		\$ 41.519.034
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 32.655.420
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.665.060		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones		\$ 1.140.712		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 5.805.772				\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.940.372		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Marzo		Febrero		Base retención en la fuente a titulo de RENTA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		8640413646		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.866.024		\$ 1.750.905		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 233.300		\$ 218.900		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 298.600		\$ 280.200		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA
ARL II		\$ 19.500		\$ 18.300		Reteica - 8543 - VELEZ
		\$ -				
		\$ -				
		\$ -				
		\$ -				
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones
Dependientes hasta		\$ -				Otras Retenciones
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones
Renta Exenta 25%		\$ 31.031.595		\$ 1.314.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 920.000				
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)
						VALOR A PAGAR
						\$4.655.730,00
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS TREINTA PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
1. Orientar formación presencial, asesoría y acompañamiento a los aprendices del programa:						
ENCASSETAMIENTO DE AVES Ficha 3423315. Puente Nacional. Total Horas 16.						
ENCASSETAMIENTO DE AVES Ficha 3426140. Albania vereda Guayabal. Total Horas 16.						
ENCASSETAMIENTO DE AVES Ficha 3434527. Santa Helena vereda Cachipay. Total Horas 24.						
ENCASSETAMIENTO DE AVES Ficha 3428677. Albania vereda carretero2. Total Horas 16.						
ENCASSETAMIENTO DE AVES Ficha 3448521. San Benito vereda San Lorenzo. Total Horas 32						
APLICACION DEL PLAN SANITARIO EN GRANJAS DE PRODUCCION DE HUEVO Ficha 3463808. Total de Horas 16.						
TOTAL HORAS DEDICADAS A FORMACIÓN: 120 Horas TOTAL HORAS ADMINISTRATIVAS. 16 Horas.						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:						
1. Cumplí 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						
<div><div>Lida Leybe Hernández C.</div><div>LIDA LEYBE HERNÁNDEZ CASTILLO</div><div>EL CONTRATISTA</div></div>						
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:						
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 período 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.						
<div><div>Autorizo el presente pago.</div><div>El Supervisor,</div></div>						
<div><div>GREGORIO RUIZ MEDINA</div><div>PROFESIONAL G09</div></div>						
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:						
<div><div>EL ORDENADOR DEL PAGO</div><div>JAVIER GONZALEZ FRANCO</div><div>SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</div></div>						

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	LIDA LEYBE HERNANDEZ CASTILLO
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-28034480
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2026-03-03
IDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-28034480
NOMBRE EMPLEADO	LIDA LEYBE HERNANDEZ CASTILLO
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	8640413646
REFERENCIA PAGO(PIN)	8640413646
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2026-02
PERÍODO SALUD	2026-02
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	1131201
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sin inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.751.000	0,1600000	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.751.000	0,1250000	\$ 218.900	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.751.000	0,0104400	\$ 18.300	3

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligat ori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 18.300	\$ 0	\$ 517.400