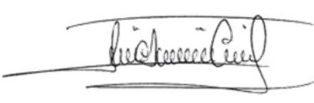


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL SANTANDER CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER Adquiriente: 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	74594-503437
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: LUZ AYDA CELIS GUERRERO		Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 30.206.610		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: lcelisg@sena.edu.co		Número de Cuenta: 55569380064		
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		NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?				
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600				
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)				
¿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				
Nº del contrato: 9143881/2026		Nº Compromiso SIIF 13326		Número de pagos durante la vigencia del contrato 10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		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.		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/03/2026 Al 31/03/2026		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 41.985.540
Número de pago 2		Valor Total del Contrato:		\$ 46.184.094
Valor Bruto Pago: \$ 4.665.060,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 37.320.480
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.665.060		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones \$ 452.767		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 5.117.827				\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.424.427		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 3.424.427,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9499890643	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.665.060,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.866.024	\$ 1.750.905	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 233.300	\$ 218.900	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 298.600	\$ 280.200	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		\$ 19.500	\$ 18.300	Reteica - 8543 - VELEZ 9.330,00 0,200%
		\$		- 0,00 0%
		\$		- 0,00 0%
		\$		- 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 \$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$34.479.550		\$ 1.142.000		0,00
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) 0,00
				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				
Ejecutar Formación Ficha 3421176 Act. identificar componentes marco lógico, Fortalecimiento organizacional 24 h				
Ejecutar Formación Ficha 3423383 Act. Definir roles funciones y documentación básica, Fortalecimiento organizacional 18 h				
Ejecutar Formación Ficha 3439842 y 3446716 Act.Comprender los conceptos de modelo organizacional, Fortalecimiento organizacional 36 h				
Ejecutar Formación Ficha 3439769 y 3439249 Act.Comprender los conceptos de modelo organizacional, Fortalecimiento organizacional 40 h				
Ejecutar Formación Ficha 3446716 Act.Comprender los conceptos de modelo organizacional, Fortalecimiento organizacional 20 h				
Ejecutar Formación Ficha 3428145 Act. identificar componentes marco lógico, Fortalecimiento organizacional 16 h				
Ejecutar Formación Act.Comprender los conceptos de modelo organizacional, Fortalecimiento organizacional 16 h				
Reunión Mensual CGAO equipo campeSENA - Revisión de metas 8 h				
TOTAL HORAS 150 DE FORMACIÓN, TOTAL HORAS REVISION METAS 8, TOTAL HORAS EJECUTADAS = 158 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				
		LUZ AYDA CELIS GUERRERO 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 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.				
		GREGORIO RUIZ MEDINA PROFESIONAL G09		
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 JAVIER GONZALEZ FRANCO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30206610		CELIS GUERRERO LUZ AYDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 4 NUMERO 8 22	BARBOSA-SANTANDER	7484153	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Clave	Planilla	Planilla	Limite	Fecha	Pago	Pago	Valor
2026-02	2026-02	103918851	9499890643	I	2026/03/04	2026/03/04	NEQUI	0	\$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO										NOVEDADES									
No.	Tipo id	No Id	Nombre	Clave	Planilla	Planilla	Limite	Fecha	Pago	Pago	Valor	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	Fecha Inicio vac-tr	Fecha Fin vac-tr	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	Fecha Inicio vac-tr	Fecha Fin vac-tr
1	CC	30206610	CELIS GUERRERO LUZ AYDA	INDEPENDIENTE con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	9499890643	I	2026/03/04	2026/03/04	NEQUI	0	\$517,400								
Total										Afiliados(1)									

SALARIO										PENSION										SALUD					
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Fecha Inicio irt	Fecha Fin irt	Valor vpt	Integ ral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pension	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC	
				\$ 1.750.905	No		PORVENIR	30	\$ 1.750.905	16% SIN RIESGO		\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	NIUEVA E.P.S.	30	\$ 1.750.905	12,5%	\$ 218.900	\$	
																		\$ 280.200						\$ 218.900	

CCF										RIESGOS					PARAFISCALES									
Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF	
0	\$ 218.900		0	\$ 0	0%	\$ 0	S OPOSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30	\$ 1.750.905	\$ 1.0443	2	\$ 18.300	0	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	No	
	\$ 218.900					\$ 0						\$ 18.300						\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 30206610		CELIS GUERRERO LUZ AYDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 4 NUMERO 8 22	BARBOSA-SANTANDER	7484153	Si	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	103918851	9499890643		I	2026/03/04	2026/03/02	NEQUI	0
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PORVENIR		230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$18,300	\$0	\$0	\$18,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$18,300	\$0	\$0	\$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
NUEVA E.P.S.		EPS037	900,156,264	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL					1	\$517,400	\$0	\$0	\$517,400