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 SANTANDER

CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**912210**
Fecha Elaboración	**18 de Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**66148-309164**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	FABIO ANDRES OCAMPO LOZANO	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	1.067.862.704	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	faocampo@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	656235132
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:	9215489/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**19526**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION COMPLEMENTARIA PROGRAMA DE ATENCION A LA POBLACION DESPLAZADA SEGUN MODELOS FORMATIVOS DEL CASA AREA AGRICOLA PL 9 MESES Y 15 DIAS VR MES $4.737.497

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 42.953.307
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 45.006.222
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 38.215.810

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.133.597**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9499802901**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 116.727
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 14.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 18.700
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 19.800	$ 1.300
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$37.927.505	$ 1.044.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 505.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.133.597,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.737.497,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8530 - PIEDECUESTA	14.212,00	0,300%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.723.285,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

EJECUTAR FORMACION COMPLEMENTARIA A LAS FICHAS:
3447242 - ESTABLECIMIENTO DE CULTIVOS EN AGRICULTURA URBANA-31,90 HORAS
3444268 - IMPLEMENTACION DE CULTIVOS EN LA AGRICULTURA URBANA-80 HORAS
3447210 - CONTROL BIOLOGICO DE PLAGAS EN CULTIVO DE CANNABIS-63,90 HORAS
SOCIALIZACION Y DIVULGACION DE PROGRAMAS DE FORMACION PROGRAMAS AGRICOLA-POBLACION VICTIMAS
PARTICIPAR EN LA SEGUNDA REUNION DEL EQUIPO AGRICOLA
SOLICITUD DE FORMACION COMPLEMENTARIA -POBLACION VICTIMA VULNERABLE
TOTAL DE HORA 175,80 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

FABIO ANDRES OCAMPO LOZANO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

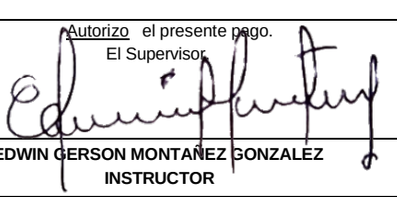
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor



EDWIN GERSON MONTAÑEZ GONZALEZ
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
ROSA INES BAEZ OVIEDO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

17/03/26 00:58:30 USUARIO: SIC - C.C. 1067862704

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1067862704		OCAMPO LOZANO FABIO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ 9 LT 14 Bonanza vista	TURBACO-BOLIVAR	5555555	No

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	39312855	9499802901	I	2026/03/03	2026/03/13	BANCO DE OCCIDENTE	10	$669,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,150,000	$344,000			$2,150,000	$268,800			$0	$0			$2,150,000	$52,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,150,000	$344,000			$2,150,000	$268,800			$0	$0			$2,150,000	$52,400		$0	$0
Ciudad: TURBACO Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)					$2,150,000	$344,000			$2,150,000	$268,800			$0	$0			$2,150,000	$52,400		$0	$0
1	CC	1067862704	OCAMPO FABIO	231001	30	$2,150,000	$344,000	EPS005	30	$2,150,000	$268,800		0	$0	$0	14-23	30	$2,150,000	$52,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,150,000	$344,000			$2,150,000	$268,800			$0	$0			$2,150,000	$52,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1067862704		OCAMPO LOZANO FABIO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ 9 LT 14 Bonanza vista	TURBACO-BOLIVAR	5555555	No

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	39312855	9499802901	I	2026/03/03	2026/03/13	BANCO DE OCCIDENTE	10	$669,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$344,000	$2,300	$0	$346,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$344,000	$2,300	$0	$346,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,400	$400	$0	$52,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$52,400	$400	$0	$52,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$268,800	$1,800	$0	$270,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$268,800	$1,800	$0	$270,600
TOTAL				**1**	**$665,200**	**$4,500**	**$0**	**$669,700**