

<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)		Código Regional	20		
	REGIONAL CESAR		Código Centro	952110		
	CENTRO DE INNOVACIÓN Y DE GESTION EMPRESARIAL Y CULTURAL		Fecha Elaboración	Marzo de 2026		
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 1,26		
			ID de Proceso	30364-282437		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: CARLOS ALBERTO MENA ROJAS		Banco a consignar: BANCOLOMBIA				
Cédula de Ciudadanía 11.797.770		Tipo de cuenta: AHORROS				
Correo electrónico: camenar@sena.edu.co		Número de Cuenta: 91280842465				
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? 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:	9024050/2026	Nº Compromiso SIIF	19226	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR EN LA RED LOGÍSTICA Y EN CADA UNA DE LAS REDES DE CONOCIMIENTO QUE SE DEMANDE EN LA ENTIDAD, PARA IMPARTIR FORMACIÓN INTEGRAL DENTRO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN REGULAR QUE SE OFERTARAN EN EL CENTRO DE INNOVACIÓN Y				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/03/2026	Al	31/03/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 40.420.000	
Número de pago	2			Valor Total del Contrato:	\$ 44.650.000	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.700.000,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 35.720.000	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.700.000	Ninguno		0,00%	
Ingresos por comisiones		\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.700.000			\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.115.300	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 título de RENTA	3.115.300,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	4641351731	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.880.000	\$ 1.750.905	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 235.000	\$ 218.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 300.800	\$ 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		\$ 9.900	\$ 9.200	Reteica - 8299 - VALLEDUPAR	0,00	0,000%
		\$			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		\$ -		Pro Universidad Popular del Cesar	23.500,00	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	\$ 1.039.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 930.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR	\$4.676.500,00	
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
se desarrolló la competencia Intervenir en el desarrollo de los programas de mejoramiento organizacional que se deriven de la función administrativa con las fichas 3298319 - 3289833						
se atendió el programa de operaciones comerciales con fichas 3361327- 3361396						
se atendió el programa de coordinación en sistemas integrados de gestión con ficha 3001588 - 3312081						
se atendió el programa producción de componentes mecánicos con máquinas de control numérico computarizado con ficha 3246647						
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						
					CARLOS ALBERTO MENA ROJAS 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.					MILSON ENRIQUE RUIZ BARRERA 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 CARLOS RAFAEL MELO FREYLE SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11797770
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CARLOS ALBERTO MENA ROJAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	BARRIO NIÑO JESUS TELÉFONO:	6714593
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4641351731	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		9995956126

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 294.400
SUBTOTAL:			1	\$ 294.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 230.000
SUBTOTAL:			1	\$ 230.000
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8923999898	CCF15	CCF15-COMFACESAR	1	\$ 11.100
SUBTOTAL:			1	\$ 11.100
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 9.700
SUBTOTAL:			1	\$ 9.700

VALOR SIN MORA:	\$ 545.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 545.200

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11797770
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CARLOS ALBERTO MENA ROJAS		
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	BARRIO NIÑO JESUS	TELÉFONO:	6714593
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	4646763742	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4641351731	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2026/03/04

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO			
FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2026/03/17	0	\$ 0	\$ 11.800
2026/03/18	1	\$ 400	\$ 12.200
2026/03/19	2	\$ 400	\$ 12.200
2026/03/20	3	\$ 400	\$ 12.200
2026/03/24	7	\$ 400	\$ 12.200
2026/03/25	8	\$ 400	\$ 12.200

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 6.400
SUBTOTAL:			1	\$ 6.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 5.000
SUBTOTAL:			1	\$ 5.000
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8923999898	CCF15	CCF15-COMFACESAR	1	\$ 200
SUBTOTAL:			1	\$ 200
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 200
SUBTOTAL:			1	\$ 200

TOTAL POR PAGAR:	\$ 11.800
------------------	-----------

EFFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9632634540 DV: 415167
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 04/03/2026 14:55:45
PAP: 915291
Identificacion: 11797770
Nombre: NAA
Apellido 1: NAA
Apellido 2: NAA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 1111111111
Codigo Planilla: 4641351731
Periodo Pago: 2026/02
Valor Conision: 0
Valor Iva Conision: 0
Referencia: 11797770 Valor: \$545.200,00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.

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

EFFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9633713644 DV: 148763
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 11/03/2026 08:12:14
PAP: 915291
Identificacion: 11797770
Nombre: NAA
Apellido 1: NAA
Apellido 2: NAA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 1111111111
Codigo Planilla: 4646763742
Periodo Pago: 2026/02
Valor Conision: 0
Valor Iva Conision: 0
Referencia: 11797770 Valor: \$11.800,00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.

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