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 CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**87105-153894**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DERLIN BELVIZ CIFUENTES VIVEROS	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	10.496.207	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dcifuentesv@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	011800147875
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
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:	9137430/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**62526**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR. PSP COMO INSTRUCTOR. PRESTAR SERV. PROF. PARA ACTIV. FPI EN ETAPA LECTIVA/PRODUCTIVA SEGÚN PROG. Y NECES. DEL CENTRO, ORIENTANDO PROC. FORM. PRESENC./DIST., VIRT./TIC EN PROY. FORM. REGULAR EN REDES DE CONOC.: SALUD Y SERVICIOS PERS.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026 Al 31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 44.216.639
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.971
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 39.479.142

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	**$ 3.140.497**	**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		----------	**8640706686**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.750.905
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 218.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 280.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.900	$ 9.200
		$	
		$	
		$	
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	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 663.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	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 - 8551 - POPAYAN	9.475,00	0,200%
-	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	**$4.728.022,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL VEINTIDOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formacion en la administracion de medicamentos segun delegacion normativa en salud
(planes complemetarios administracion de medicamentos)
Reforzar conocimientos para la comunicacion y reporte de los eventos adversos de la administración
de medicamentos de acuerdo con los procedimientos y normativa de seguridad del paciente
Reforzar conocimientos en la política del sector farmacéutico teniendo en cuenta normas éticas
y lineamientosvigentes establecidos.
Reforzar conocimiento en la preparacion de los medicamentos según prescripción médica, principios farmacológicos
rotocolos institucionales y normas vigentes

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

DERLIN BELVIZ CIFUENTES VIVEROS
EL CONTRATISTA

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.

Autorizo el presente pago.

Firmado digitalmente por Ada Lorena Ceron Rosero
Fecha: 2026.03.27 10:37:04 -05'00'

ADA LORENA CERON ROSERO
INSTRUCTOR G20

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
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	DERLIN BELVIZ CIFUENTES VIVEROS
IDENTIFICACIÓN:	CC-10496207
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-02-24
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-03-03
FECHA DE PAGO:	2026-02-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-02
PERÍODO SALUD:	2026-02
NÚMERO PLANILLA:	8640192338
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8669656074
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200	$ 9.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300	$ 508.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/04/2026

RAZÓN SOCIAL :	DERLIN BELVIZ CIFUENTES VIVEROS
IDENTIFICACIÓN:	CC-10496207
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2026-03-26
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-03-03
FECHA DE PAGO:	2026-03-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-02
PERÍODO SALUD:	2026-02
NÚMERO PLANILLA:	8640706686
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8640706686
TIPO DE PLANILLA:	N

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 300	$ 18.000	$ 18.300
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 300	$ 18.000	$ 18.300
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 400	$ 23.000	$ 23.400
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 400	$ 23.000	$ 23.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 700	$ 800
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 700	$ 800
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 800	$ 41.700	$ 42.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/04/2026

Gmail

Buscar en el correo electrónico

Redactar

Recibidos 18
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores
Compras 1
Más

Etiquetas

BUGA
GAUDI
REFERENCIA
TRANS
SENA

Actualizar



Pagaste en PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS

Hiciste un pago en PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS de $42,500.00.

Estado: Exitoso

Comprobante de Pago

Digite el numero de planilla: 8640706686
Fecha del pago: 2026-03-25 10:25:53

Si no fuiste tú, es un error o tienes dudas, escríbenos a nuestro chat
www.nequi.com.co
Estamos por aquí todos los días de 8 a.m. a 10 p.m.
También puedes comunicarte con Nequi a través de la linea (+57)3006

Responder Reenviar