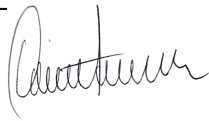


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	1
			Código Centro	101001
			Fecha Elaboración	Marzo de 2026
			Versión	ENERO - 1,26
			ID de Proceso	36876-891428
DIRECCIÓN GENERAL DIRECCION DE PROMOCION Y RELACIONES COORPORATIVAS- LIDERES INNOVACION EMPRESAS Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1				
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: OMAR FERNANDO CASTELLANOS HERNANDEZ		Banco a consignar: BANCO BBVA		
Cédula de Ciudadanía 79.800.948		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: ocastellanos@sena.edu.co		Número de Cuenta: 0918019746		
IP/N° 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		SI
¿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				
N° del contrato: 8992467/2026		N° Compromiso SIIF 81826		Número de pagos durante la vigencia del contrato 12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		APOYOS ADM. Y GEST: 01-9-2026-003305 PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN TRADICIONAL, VIRTUAL Y MATERIAL INTERACTIVO QUE CONTRIBUYAN A LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS LIDERADAS POR LA COORDINACION NACIONAL		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/03/2026 Al 31/03/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 55.357.390		
Número de pago 3		Valor Total del Contrato: \$ 62.553.854		
Valor Bruto Pago: \$ 5.535.739,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 49.821.651		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 5.535.739		Ninguno 0,00%		
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo \$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 5.535.739		\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.670.039		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 3.670.039,00 TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	51424734	Base retención en la fuente a título de ICA 4.904.639,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.214.296	\$ 2.214.296	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 276.800	\$ 276.800	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 354.300	\$ 354.300	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%
ARL I		\$ 11.600	\$ 11.600	Reteica - 8299 - BOGOTÁ 47.379,00 0,966%
		\$		- 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% \$41.375.460		\$ 1.223.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 1.511.000				
Retención en la Fuente Contingente \$				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$5.488.360,00
SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
1.Apoyar la elaboración y desarrollo de productos técnicos, editoriales e informativos como informes, boletines, cartillas, materiales				
2.Acompañar la conceptualización y ejecución de una estrategia de comunicación orientada a visibilizar el quehacer de la Coordinación				
3.Brindar apoyo en la revisión, ajuste y mejoramiento de textos y editorial de las publicaciones relacionadas con Raíces Urbanas: P				
5.Apoyar con la planeación y necesidades logísticas, generando ideas de valor en los cubrimientos comunicacionales que realice y pa				
6.Participar en las reuniones a las que sea citado, así mismo cumplir con los lineamientos del sistema integrado de gestión en todo				
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				
 OMAR FERNANDO CASTELLANOS HERNANDEZ 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.				
 TATIANA LENKE MATALLANA ROA ASESOR G05				
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 DAVID ENRIQUE GARZON GARCIA DIRECTOR DE PROMOCIÓN Y RELACIONES CORPORATIVAS				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79800948	OMAR FERNANDO CASTELLANOS HERNANDEZ	Calle 63 a # 70 - 86	3173231149	c.omarfer@gamil.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		51424734	27/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$642.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	276.800	0		0		0	0	0	0	276.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	354.300	0	0	0	0	0	0		354.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.600				11.600	0	0	11.600			116	11.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	276.800	276.800
Pensión	1	354.300	354.300
Riesgos Laborales	1	11.600	11.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	642.700	642.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79800948	OMAR FERNANDO CASTELLANOS HERNANDEZ		Calle 63 a # 70 - 86	3173231149	c.omarfer@gamil.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		51424734	27/02/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$642.700	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES													
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludado	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	USP	VST	SLN	UGE	LMA	AVP	AVC	AVC	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 79800948	CASTELLANOS HERNANDEZ OMAR FERNANDO	59	0		N																		25-14	2.214.296	30	354.300	0	0	0	0	EPS008	2.214.296	30	276.800	14-23	2.214.296	30	1	11.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

15:44

Voz 4G 5G 80%



Detalle del movimiento

Pago por pse a compensar-oi

\$-642.700,00

27 febrero 2026, 03:44 pm



Compartir operación

Concepto

Pago por pse a compensar-oi

Valor de la operación

\$-642.700,00

Fecha de la operación

27 febrero 2026

Hora de la operación

03:44 pm

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) OMAR FERNANDO CASTELLANOS HERNANDEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 79800948, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/08/2025 hasta 31/07/2026 por el cual ha cancelado la suma de CUATRO MILLONES QUINIENTOS QUINCE MIL PESOS 4.515.000,00 A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/08/2025 a la fecha.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
23790624	20250930	\$ 615,720
23790625	20251113	\$ 615,720
24541889	20260211	\$ 718,200
23790627	20251229	\$ 615,720
23790626	20251203	\$ 615,720
23790623	20250821	\$ 615,720
24541890	20260227	\$ 718,200
Total		\$ 4,515,000

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 17 días del mes de marzo de 2026.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) OMAR FERNANDO CASTELLANOS HERNANDEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 79800948, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan	Vigencia
MARIA YOLI RODAS ANGEL	CC - 52269010	CY	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20250801 Hasta 20260731
ANA ISABEL CASTELLANOS RODAS	TI - 1019905834	HI	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20250801 Hasta 20260731
EMMANUEL CASTELLANOS RODAS	TI - 1014888385	HI	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20250801 Hasta 20260731
OMAR FERNANDO CASTELLANOS HERNANDEZ	CC - 79800948	TR	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20250801 Hasta 20260731

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 17 días del mes de marzo de 2026.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 13735193