

 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 DISTRITO CAPITAL		Código Regional		11				
			DESPACHO DIRECCION		Código Centro		101000				
					Fecha Elaboración		Abril de 2026				
					Versión		ENERO - 1,26				
					ID de Proceso		95665-940738				
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1											
DATOS DEL CONTRATISTA											
Nombres y apellidos:			BLANCA TEMILDA NARANJO CONTRERAS			Banco a consignar:			BANCO CAJA SOCIAL		
Cédula de Ciudadanía			51.820.207			Tipo de cuenta:			AHORROS		
Correo electrónico:			bnaranjo@sena.edu.co			Número de Cuenta:			24141954679		
IP/N° 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											
N° del contrato:			9267668/2026			N° Compromiso SIIF			32626		
						Número de pagos durante la vigencia del contrato			12		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)			Prestar los servicios personales de carácter temporal para apoyar el proceso de orientación ocupacional e intermediación laboral dirigidos a oferentes o buscadores de empleo y								
DATOS PERIODO DEL PAGO											
Del			01/04/2026			Al			30/04/2026		
Número de pago			4			Saldo Anterior del Contrato:			\$ 28.350.000		
Valor Bruto Pago:			\$ 3.150.000,00			Valor Total del Contrato:			\$ 35.595.000		
						Nuevo Saldo del Contrato:			\$ 25.200.000		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO											
Ingresos por honorarios			\$ 3.150.000			Ninguno			0,00%		
Ingresos por comisiones			\$ 0			Retencion en la Fuente del Periodo			\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO			\$ 3.150.000						\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE			\$ 1.981.700			TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO			\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR											
			Abril			Marzo			Base retención en la fuente a título de RENTA		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS			-----			68843898			Base retención en la fuente a título de ICA		
Ingreso Base de Cotización - IBC			\$ 1.750.905			\$ 1.750.905			Valor base IVA		
Aporte obligatorio a seguridad social salud			\$ 218.900			\$ 218.900			IVA (Si es RESPONSABLE)		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión			\$ 280.200			\$ 280.200			Menos Retención en la Fuente		
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional			\$ -			\$ 0			Menos Retencion IVA		
ARL			\$ 9.200			\$ 9.200			Reteica - 8299 - BOGOTÁ		
			\$ -			\$ -			25.608,00		
			\$ -			\$ -			0,00		
			\$ -			\$ -			0%		
			\$ -			\$ -			0,00		
			\$ -			\$ -			0%		
			\$ -			\$ -			0,00		
			\$ -			\$ -			0%		
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias			\$ -			\$ -			Otras Retenciones		
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC			\$ -			\$ -			Otras Retenciones		
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias			\$ -			\$ -			Otras Retenciones		
Intereses Prestamo de Vivienda			\$ -			\$ -			Otras Retenciones		
Dependientes hasta			\$ -			\$ -			Otras Retenciones		
Salud hasta			\$ 837.984			\$ -			Otras Retenciones		
Renta Exenta 25%			\$ 41.375.460			\$ 660.000			0,00		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.			\$ 1.429.000						0,00		
Retención en la Fuente Contingente			\$ -			\$ -			Descuentos de embargo (Si tiene)		
									VALOR A PAGAR		
									\$3.124.392,00		
SON: TRES MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE											
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO											
Presentación al coordinador del plan de acción año 2026.											
Se brindó atención a 55 usuarios dando respuesta a sus requerimientos a través de los canales virtuales, entre ellos MARIA APE y SPED											
Realización de la Feria de oportunidades - 09 de abril, En el marco del Día de la Memoria y Solidaridad con las Víctimas del Conflicto											
Se realizó el seguimiento a los usuarios a quienes se les registró la hoja de vida. Como parte del acompañamiento, se creó su perfil e											
Reporte semanal de gestión de bases de datos.											
Se realizan envíos directos a solicitudes de vacantes por parte de usuarios que cumplen con el perfil requerido											
Se realizo actualización de hojas de vida y remisión de certificados de registro en la APE.											
Se realizó contacto telefónico con los usuarios, a quienes se les actualizó la hoja de vida y se les brindó orientación sobre el uso d											
Se realiza el registro de nuevos usuarios en el aplicativo, brindando apoyo en la creación de la hoja de vida,											
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											
						BLANCA TEMILDA NARANJO CONTRERAS 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.						JORGE ALEXANDER CAÑON CASTAÑO PROFESIONAL G03					
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 GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS DIRECTOR REGIONAL DISTRITO (E)											

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51820207	BLANCA TEMILDA NARANJO CONTRERAS		Carrera 67 65SUR TORRE 14	7247170	blancatnaranjo@gmail.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
		68843898	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$520.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	4	600	0	219.500	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	
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	4	800	0	281.000	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	9.200				9.200	4	100	9.300			92	9.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	10.600	4	100	10.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	218.900	219.500
Pensión	1	280.200	281.000
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	1	10.600	10.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	518.900	520.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51820207	BLANCA TEMILDA NARANJO CONTRERAS		Carrera 67 65SUR TORRE 14	7247170	blancatnaranjo@gmail.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
		68843898	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$1,750,905	\$520.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludgo	Extranjero	Colomb. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VST	SUN	ICE	LMA	VAC	AVP	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 51820207	NARANJO CONTRERAS BLANCA TEMILDA	59	0		N																		230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200	CCF21	1.750.905	30	10.600	0	0	0	0	0

PAGADA