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**

**CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940410** |
| **Fecha Elaboración** | **12 de Abril de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **13991-270701** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | DIEGO ANTONIO ECHAVARRIA VILLAMIL | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 91.540.875 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | dechavarria@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 28500023645 |
| **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:** | 9041556/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **33326** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 6 |
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial, | | | | |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/04/2026** | **Al** | **30/04/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 15.160.003 |
| **Número de pago** | **3** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 24.634.997 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.737.497,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 10.422.506 |

## 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** | **$ 2.785.747** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Abril | Marzo |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **8373465884** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.894.999 | $ 1.894.999 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 236.900 | $ 236.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 303.200 | $ 303.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 9.900 | $ 9.900 |
| | | $ | |
| | | $ | |
| | | $ | |
| 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 | | $ 473.750 | |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 20.687.730 | $ 928.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 1.856.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.785.747,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.197.397,00 | |
| 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 - 8299 - BOGOTÁ | 40.547,00 | 0,966% |
| - | 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** | **$4.696.950,00** | |

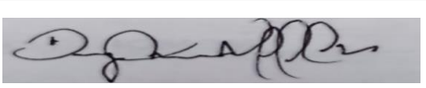
**SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Asignar actividades individuales y grupales, autodiagnóstico, anuncios, material de apoyo a los grupos asignados en el trimestre
2.Exigir el cumplimiento del reglamento de aprendices, teniendo en cuenta el acuerdo 009 de 2024
3.Elaborar informes, actas de inicio, planes de trabajo de las competencias asignadas durante el trimestre
4.Aplicar los lineamientos de los proyectos formativos, correspondientes e impartir las acciones de FPI a los aprendices asignados
5.Elaborar documentos establecidos por el SIGA para el desarrollo y cumplimiento del proceso de la formación profesional integral
6.Dar cumplimiento al manejo de datos personales de los aprendices programados en el trimestre en curso
7.Retroalimentar y evaluar las evidencias solicitadas a los aprendices que realizan el plan de mejoramiento asignado
8.Revisar y verificar el registro de información de los aprendices en SOFIA PLUS asignados en el trimestre
9.Dar cumplimiento con el uso adecuado de los ambientes de formación asignado, de acuerdo con la programación establecida para el trim

**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



**DIEGO ANTONIO ECHAVARRIA VILLAMIL**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

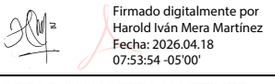
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,




**HAROLD IVAN MERA MARTINEZ**
**INSTRUCTOR G11**

**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**
**MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** DIEGO ANTONIO ECHAVARRIA VILLAMIL
**No. Identificación:** CC91540875
**Dirección:** AVENIDA QUEBRADA SECA NO.30-12
**Telefono:** 6301685
**Correo:** diegech@hotmail.com
**Ciudad:** CÚCUTA
**Número de Planilla:** 8373465884

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | DIEGO ANTONIO ECHAVARRIA VILLAMIL |
| **Tipo y número de identificación** | CC91540875 |
| **Número de planilla** | 8373465884 |
| **Fecha pago** | 2026-04-09 |
| **Número de autorización pago** | 40531679 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | marzo de 2026 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | marzo de 2026 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 551500 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 10000 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 304000 | 1 |
| EPS037 | Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS | 237500 | 1 |

8373465884

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 91540875
APELLIDOS Y NOMBRES: DIEGO ANTONIO ECHAVARRIA VILLAMIL

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 230301 | 1900000 | 1900000 | 1900000 | 0 | 237500 | 0 | 304000 | 0 | 10000 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información