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 SANTANDER

CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**56275-498438**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	27.984.199	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	patriciagonzalezgomez9@gmail.com	**Número de Cuenta:**	048600062631
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:	9202547/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**17826**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR FPI EN EL PROGRAMA DE DESPLAZADOS Y POBLACIÓN VULNERABLE; SEGÚN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 39.186.504
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 48.050.118
Valor Bruto Pago:			**$ 4.665.060,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 34.521.444

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.665.060	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 635.945	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.301.005**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.562.605**	**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		----------	**37206102**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.562.605,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.866.024	$ 1.866.024	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.665.060,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 233.300	$ 233.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 298.600	$ 298.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	II	$ 19.500	$ 19.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8543 - VELEZ	9.330,00	0,200%
		$		-	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%	$ 37.927.505	$ 1.187.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.948.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.655.730,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación Ficha 3483955 Programa Elaboración de alimento para aves de corral. Vereda San Roque. Municipio de Bolívar.
48 horas.
Impartir formación Ficha 3492185 Programa Preparación de galpón y recepción de pollos. Vereda Gallegos. Municipio de Bolívar.
40 horas.
Impartir Formación Ficha 3497385 Programa Elaboración de alimentos para aves de corral. Corregimiento de la Hermosura.
Municipio de Bolívar. 48 horas.
Impartir formación ficha 3088925 Programa Técnico Agropecuario I. Educativa Gallegos 24 horas Municipio de Bolívar
Participación Reunión general de instructores y reunión equipo complementaria.

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

PATRICIA GONZALEZ GOMEZ

ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
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,

CESAR PALENCIA L.

CESAR FERNANDO PALENCIA LOPEZ
INSTRUCTOR G12

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
JAVIER GONZALEZ FRANCO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

29/04/26 16:26:42 USUARIO: SIC - C.C. 27984199

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-27984199
SUCURSAL	2
FECHA PAGO	2026-04-07
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-27984199
NOMBRE EMPLEADO	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	8640813085
REFERENCIA PAGO(PIN)	8629642608
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2026-03
PERÍODO SALUD	2026-03
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	1454101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.750.905	0,1600000	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.750.905	0,1250000	$ 218.900	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0104400	$ 18.300	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 280.200	$ 218.900	$ 18.300	$ 0	$ 517.400

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-27984199
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	2
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	27984199
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-04-27
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-24
FECHA DE PAGO:	2026-04-07
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-03
NÚMERO PLANILLA:	8640813085
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8629642608
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	$ 18.300	$ 18.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 517.400	$ 517.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	26/05/2026

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-27984199
SUCURSAL	2
FECHA PAGO	2026-04-29
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-27984199
NOMBRE EMPLEADO	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	37206102
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	N
PERÍODO PENSIÓN	2026-03
PERÍODO SALUD	2026-03
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	1454101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
										A																		0		
										C																		0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.750.905	0,1600000	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 0
30	1.866.024	0,1600000	$ 298.600	$ 0	$ 0	$ 298.600	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.750.905	0,1250000	$ 218.900	$ 0	0	$ 0	0	$ 0
30	1.866.024	0,1250000	$ 233.300	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.750.905	0,0104400	$ 18.300	1
30	1.866.024	0,0104400	$ 19.500	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 18.400	$ 14.400	$ 1.200	$ 0	$ 34.000

RAZÓN SOCIAL :	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-27984199
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	2
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	27984199
FECHA GENERACION REPORTE:	2026-04-29
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-24
FECHA DE PAGO:	2026-04-29
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-03
NÚMERO PLANILLA:	37206102
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37206102
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	$ 100	$ 14.400	$ 14.500
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 14.400	$ 14.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 18.400	$ 18.500
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 18.400	$ 18.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 1.200	$ 1.300
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 1.200	$ 1.300
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 300	$ 34.000	$ 34.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	26/05/2026