



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 CESAR

CENTRO DE INNOVACIÓN Y DE GESTION EMPRESARIAL Y CULTURAL

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

Código Regional	20
Código Centro	952110
Fecha Elaboración	15 de Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	83173-417903

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	HECTOR ANDRES PAZ ROA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	16.285.142	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	hapaz@sena.edu.co	Número de Cuenta:	52486836547
IP/Nº de contacto:	3187654677	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?			
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:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	9208516/2026	Nº Compromiso SIIF	40326	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR EN LA RED DE CONOCIMIENTO HOTELERÍA Y TURISMO Y EN CADA UNA DE LAS REDES DE CONOCIMIENTO QUE SE DEMANDE EN LA ENTIDAD, PARA IMPARTIR FORMACIÓN INTEGRAL DENTRO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN REGULAR EN EL CENTRO				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/04/2026	Al	30/04/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 31.960.000
Número de pago	3			Valor Total del Contrato:	\$ 40.890.000
Valor Bruto Pago:	\$ 4.700.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 27.260.000

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.700.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.700.000</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.763.300</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Abril	Marzo			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	9502190608	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.763.300,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.880.000	\$ 1.880.000	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 235.000	\$ 235.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 300.800	\$ 300.800	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	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
	\$		Reteica - 8299 - VALLEDUPAR	0,00	0,000%
	\$			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	\$ -		Pro Universidad Popular del Cesar	23.500,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ 470.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 31.031.595	\$ 921.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.746.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.676.500,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Participación en la jornada de alistamiento los días 15, 16 y 17 de abril, desarrollo de actividades de planeación de los procesos formativos. Formación presencial curso complementario en Higiene y Manipulación de Alimentos, fichas: 3468534, 3477284, 3485665, 3484399. Formación presencial a través de video ayudas, talleres en el curso complementario en Higiene y Manipulación de Alimentos, 3468534, 3477284, 3485665, 3484399. Reporte de juicios evaluativos de las fichas de cursos complementarios en Higiene y Manipulación de Alimentos, fichas número: 3468534, 3477284, 3485665, 3484399. Asegurar estar al día con el pago de ARL. Publicación de la oferta de formación presencial de la subselección la Jagua. Participación en Jornada de alistamiento. Explicación de formato planeación pedagógica. Formación presencial curso complementario en Higiene y Manipulación de Alimentos, fichas 3468534, 3477284, 3485665, 3484399.

Total 160 horas.

**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

**HECTOR ANDRES PAZ ROA  
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 periodo 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,

Firmado digitalmente por JOSÉ LIBARDO RAMOS RICARDO  
Fecha: 2026.04.15 17:24:33 -05'00'

**JOSE LIBARDO RAMOS RICARDO  
TECNICO 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  
CARLOS RAFAEL MELO FREYLE  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 16285142		PAZ ROA HECTOR ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7 N° 15-69	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	7654677	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	169919825	9502190608	I	2026/04/13	2026/03/26	BANCOLOMBIA	0	\$545,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																										
EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes																						
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes																		
1	CC	16285142	PAZ ROA HECTOR ANDRES																	25-14	30	\$1,880,000	\$300,800	EP5037	30	\$1,880,000	\$235,000	0	50	50	14-23	30	\$1,880,000	\$9,900	0	50	50	0	\$0	\$0	No	\$545,700																
<b>Total Afiliados( 1)</b>																								\$1,880,000	\$300,800			\$1,880,000	\$235,000			50	50			\$1,880,000	\$9,900																					\$545,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 16285142		PAZ ROA HECTOR ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7 N° 15-69	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	7654677	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	169919825	9502190608	I	2026/04/13	2026/03/26	BANCOLOMBIA	0	\$545,700

## RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$300,800	\$0	\$0	\$300,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$300,800	\$0	\$0	\$300,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$235,000	\$0	\$0	\$235,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$235,000	\$0	\$0	\$235,000
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$545,700</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$545,700</b>