

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 TOLIMA CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION TOLIMA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		73	
			Código Centro		922610	
			Fecha Elaboración		Abril de 2026	
			Versión		ENERO - 1,26	
			ID de Proceso		01159-888176	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		DIANA CAROLINA GARRIDO BARRERA		Banco a consignar:		ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		38.361.393		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		garridob@sena.edu.co		Número de Cuenta:		253005467
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		SI
¿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						SI
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:		9136241/2026		N° Compromiso SIIF		24926
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Contratar los servicios personales de apoyo a la gestión como instructor, para impartir formación profesional en el Programa de Formación Regular (Titulada presencial y/o virtual, complementaria presencial y/o virtual, seguimiento etapa productiva) en las redes de conocimiento: SALUD y así cumplir las metas y las directrices del Plan de Acción para la vigencia 2026				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/04/2026		Al		30/04/2026
Número de pago		3		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 39.794.975
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Valor Total del Contrato:		\$ 48.796.219
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 35.057.478
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		\$ 3.133.597		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 titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		9502455864		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999		\$ 1.894.999		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900		\$ 236.900		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200		\$ 303.200		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA
ARL II		\$ 19.800		\$ 19.800		Reteica - 8542 - IBAGUE
		\$ -				
		\$ -				
		\$ -				
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Bomberos
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%		\$ 37.927.505		\$ 1.044.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 1.981.000				
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)
						VALOR A PAGAR
						\$4.722.432,00
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
se realizó el cierre del curso Certificación de Discapacidad y el Registro para Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, con las fichas 3450338, 3450339, 3450340, 3450341. Durante este proceso, se generaron los juicios de evaluación y se informaron oportunamente a los aprendices sobre el estado del curso para su certificación. El 11 de abril de 2026, se asociaron los aprendices a la ruta de aprendizaje para dar inicio al curso de Certificación de Discapacidad y el Registro para Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, con las fichas 3481384, 3481385, 3481386 y 3481387 Se llevó a cabo el alistamiento correspondiente, incluyendo la socialización de los canales de comunicación a través de anuncios, la elaboración del cronograma de formación para consulta permanente y el desarrollo de conferencias web según la programación. Se mantiene contacto continuo con los aprendices para garantizar el adecuado desarrollo del proceso formativo.						
El desarrollo de la formación se imparte de manera virtual desde la ciudad de Ibagué						
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						
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.						
Autorizo el presente pago. El Supervisor,						
PATRICIA LILIANA CORREA RUEDA INSTRUCTOR						
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 JORGE JAIME MENDOZA VELASQUEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)						

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																									
Identificación			dv	Razon Social						Clase Aportante					Sucursal Principal				Direccion			Ciudad-Departamento			Teléfono		Exonerado SENA e ICBF														
CC 38361393				GARRIDO BARRERA DIANA CAROLINA						INDEPENDIENTE					PRINCIPAL				iwoka torre 2 apto 107			IBAGUE-TOLIMA			5152891		Si														
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	179657485			9502455864			I		2026/04/23		2026/03/30		BANCO ITAU			0		\$580,500																					
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	lvs	plc	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																									
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)																																									
1	CC	38361393	GARRIDO DIANA																			230301	30	\$2,000,000	\$320,000	EPS005	30	\$2,000,000	\$250,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,000,000	0.522%	\$10,500	0	\$0	
Total Afiliados(1)																																									

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$320,000	\$0	\$0	\$320,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$320,000	\$0	\$0	\$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,500	\$0	\$0	\$10,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,500	\$0	\$0	\$10,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$250,000	\$0	\$0	\$250,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$250,000	\$0	\$0	\$250,000
TOTAL				1	\$580,500	\$0	\$0	\$580,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 38361393		GARRIDO BARRERA DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	iwoka torre 2 apto 107	IBAGUE-TOLIMA	5152891	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-03	2026-03	202019659		9502767788	N	2026/04/23	2026/04/07	BANCO ITAU	\$10,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$10,400		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$10,400		\$0	\$0	
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$10,400		\$0	\$0	
1	CC 38361393	GARRIDO DIANA	230301	30	(\$2,000,000)	(\$320,000)	EPS005	30	(\$2,000,000)	(\$250,000)		0		\$0	\$0	14-23	30	(\$2,000,000)	(\$10,500)	0	\$0	\$0
2	CC 38361393	GARRIDO DIANA	230301	30	\$2,000,000	\$320,000	EPS005	30	\$2,000,000	\$250,000		0		\$0	\$0	14-23	30	\$2,000,000	\$20,900	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$10,400		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 38361393		GARRIDO BARRERA DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Iwoka torre 2 apto 107	IBAGUE-TOLIMA	5152891	Si

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	202019659	9502767788	N	2026/04/23	2026/04/07	BANCO ITAU	0	\$10,400

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,400	\$0	\$0	\$10,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,400	\$0	\$0	\$10,400
TOTAL				1	\$10,400	\$0	\$0	\$10,400