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 VALLE**

**CENTRO DE LA CONSRTUCIÓN-VALLE**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **76** |
| **Código Centro** | **922810** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **97432-708168** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | KAROL JULIETTE CHAVARRO MORENO | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.113.628.399 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | kjchavarro@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 76023565702 |
| **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:** | 9096291/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **17926** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 8 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL ÁREA DE IDIOMAS INGLES, VIRTUAL Y PRESENCIAL DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE FORMACIÓN |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/05/2026 Al 31/05/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 23.687.485 |
| **Número de pago** | **4** | **Valor Total del Contrato:** | $ 37.742.059 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.737.497,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 18.949.988 |

## 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** | **$ 3.140.497** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Mayo | Abril |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **1080941623** |
| **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 | | $ - | |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 27.583.640 | $ 1.047.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 3.106.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.140.497,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 0,00 | |
| 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 - CALI | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Pro-UCEVA | 23.687,00 | 0,500% |
| Universidad del Pacífico | 0,00 | 0,500% |
| 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** | **$4.713.810,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar cierre de formación complementaria virtual en Inglés English Does works level 1 en las fichas: fichas 3447678, 3447679 y 3447690.

Realizar asociación de aprendices en las fichas complementarias virtuales English Does work level 1, No. 34811150 y en English Does level 2, fichas No. 3488534, 3488535 y 3509629. Realizar alistamiento en las fichas complementarias virtuales English Does work level 1, No. 34811150 y en English Does work - level 2, fichas No. 3488534, 3488535 y 3509629.

Realizar seguimiento diario en cada una de las fichas mencionadas atendiendo a cada necesidad de los aprendices y sus actividades desarrolladas.

Evaluar aprendices en senasofiaplus, generación de juicios evaluativos en las fichas complementarias virtuales level 1 en las fichas: English Does Work level 1: 3447678, 3447679 y 3447690. Realizar cierre de EDT para preparación pruebas TyT módulo Inglés.

**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

Karol J. Chavarro M.

**KAROL JULIETTE CHAVARRO MORENO**
**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,

Claudia C. Roldan 10:54•a.•m. martes, 12 de mayo de 2026

**CLAUDIA CAROLINA ROLDAN**
**PROFESIONAL G08**

**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**
**BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2026-05-11, 03:04:52 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1080941623

**Periodo Cotización** 202604 **Periodo Servicio** 202604

## PAGADA 2026-05-04 12:43:46.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | KAROL JULIETTE CHAVARRO MORENO | | | | |
| **Documento** | CC 1113628399 | **Dirección** | CL 36A #20 - 56 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3108234944 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | PALMIRA | **Departamento** | VALLE DEL CAUCA | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1113628399 | | **Residente** | | **Exonerado** | | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | N | CHAVARRO MORENO KAROL JULIETTE | 76520000 - 76 | | VALLE DEL CAUCA |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| **Novedades** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Extranjero** | **Tipo salario** | **Salario** | **Pensión** | | | | | | | **Salud** | | | | | | **Riesgos** | | | | | **Caja** | | | | **Parafiscales** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | | | **Código AFP** | **Código Tras. AFP** | **Tarifa AFP** | **IBC** | **Total Aporte AFP** | **Total Aporte FSP** | **Total Aporte FSPS** | **Código EPS** | **Código Tras. EPS** | **Tarifa EPS** | **IBC EPS** | **Aporte Salud** | **Aporte UPC** | **Código ARL** | **Clase Riesgo** | **Tarifa ARL** | **IBC ARL** | **Aporte Riesgos** | **Código CCF** | **Tarifa CCF** | **IBC CCF** | **Aporte Caja** | **Tarifa SENA** | **Aporte SENA** | **Tarifa ICBF** | **Aporte ICBF** |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | | | $ 1.895.000 | 25-14 | | 16 % | $ 1.895.000 | $ 303.200 | $ 0 | $ 0 | EPS005 | | 12,5 % | $ 1.895.000 | $ 236.900 | $ 0 | 14-23 | 1 | 0,522 % | $ 1.895.000 | $ 9.900 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | POSITIVA DE SEGUROS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 303.200 | $ 0 | $ 0 | $ 236.900 | $ 9.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 550.000 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!