

 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 META CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	50		
			Código Centro	911710		
			Fecha Elaboración	Mayo de 2026		
			Versión	ENERO - 1,26		
			ID de Proceso	09664-986682		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: PEDRO DAVID MOJICA ROJAS		Banco a consignar: BANCOLOMBIA				
Cédula de Ciudadanía: 86.049.995		Tipo de cuenta: AHORROS				
Correo electrónico: pdmojica@sena.edu.co		Número de Cuenta: 39556319379				
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:	8893357/2026	N° Compromiso SIIF	2626	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		APOYOS ADM. Y GEST:PRESTAR SERV APOYAR FORMUL, GESTIÓN Y SEGUIM DE POLÍTICAS, ESTRATEGIAS, PROC, PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS DEL CAM, EN CUMPLIM FUNC QUE COMPETEN AL CENTRO DE FORM SEGÚNORIENTACIONES Y LINEAM DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y DIRECC				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 38.192.400	
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 54.901.575	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.774.050,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 33.418.350	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.774.050		Ninguno	0,00%	
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.774.050			\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.799.245		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Mayo	Abril	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.799.245,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	9503313462	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.774.050,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.909.620	\$ 1.909.620	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 238.800	\$ 238.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 305.600	\$ 305.600	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL II		\$ 20.000	\$ 20.000	Reteica - 8299	0,00	0,600%
		\$ -			0,00	0,600%
		\$ -			0,00	0,600%
		\$ -			0,00	0,600%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			0,00	0,600%
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		\$ 477.405		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$41.375.460	\$ 933.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 3.606.000				
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	\$4.774.050,00	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CINCUENTA PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Se elaboran y presentan informes al Subdirector y al Comité Primario, mediante correo electrónico, sobre los avances en el cumplimiento						
Se elabora informe de seguimiento de metas, el cual es socializado y presentado al Director y al Subdirector en el despacho, durante l						
Se cuenta con usuario y contraseña de acceso a la plataforma TAYANA, y se realizó el cargue de la información correspondiente a las la						
Se realizan reuniones de seguimiento para revisar el proceso de contratación de cada coordinador y el avance de las metas de formación						
Se realizó la revisión del presupuesto, efectuando la incorporación, devoluciones y retiro de recursos según correspondía; para el mes						
Se brinda apoyo al Subdirector del Centro CAM en reunión realizada en el despacho de la Regional los días 14 y 15 de mayo, enfocada en						
Realicé seguimiento a cada supervisor de los contratos a su cargo, con el fin de verificar y poner al día el seguimiento de las cuenta						
Se realizó reunión para la creación del Subcomité Centro de Formación de Gestión y Desempeño - Nivel Operativo, llevada a cabo en la s						
Se realiza seguimiento permanente al correo institucional, con el fin de atender oportunamente las comunicaciones, solicitudes y petici						
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						
					PEDRO DAVID MOJICA ROJAS EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:					Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.					HECTOR EDUARDO RUIZ MONDRAGON 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 HECTOR EDUARDO RUIZ MONDRAGON SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 86049995		MOJICA ROJAS PEDRO DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 48 N 37 - 25	VILLAVICENCIO-META	5550000	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-04	2026-04	37063758	9503313462	I	2026/05/26	2026/05/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$554,40

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																											
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES														
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sn	ige	lma	vac	avp	vct	lri	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes		
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$1,910,000	\$305,600			\$1,910,000	\$238,800			\$0	\$0			\$1,910,000	\$10,000			\$0	\$0			\$554,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$1,910,000	\$305,600			\$1,910,000	\$238,800			\$0	\$0			\$1,910,000	\$10,000			\$0	\$0			\$554,400
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																							\$1,910,000	\$305,600			\$1,910,000	\$238,800			\$0	\$0			\$1,910,000	\$10,000			\$0	\$0			\$554,400
1	CC	86049995	MOJICA PEDRO																25-14	30	\$1,910,000	\$305,600	EP5002	30	\$1,910,000	\$238,800	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,910,000	0.522%	\$10,000	0	\$0	\$0	No	\$554,400			
Total Afiliados (1)																							\$1,910,000	\$305,600			\$1,910,000	\$238,800			\$0	\$0			\$1,910,000	\$10,000			\$0	\$0			\$554,400

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$305,600	\$0	\$0	\$305,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$305,600	\$0	\$0	\$305,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,000	\$0	\$0	\$10,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,000	\$0	\$0	\$10,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$238,800	\$0	\$0	\$238,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$238,800	\$0	\$0	\$238,800
TOTAL				1	\$554,400	\$0	\$0	\$554,400



Hace constar:

Que el Sr(a) PEDRO DAVID MOJICA ROJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 86049995 realizó el día 23/01/2026 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo PEDRO DAVID MOJICA ROJAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 86049995 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -