
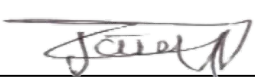
 <p><b>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)</b> DIRECCIÓN GENERAL SISTEMA NACIONAL PARA EL TRABAJO -ACCIONES REGULARES -ECONOMIA POPULAR Y CAMPESINA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p>	<b>Código Regional</b>	1		
	<b>Código Centro</b>	101001		
	<b>Fecha Elaboración</b>	Mayo de 2026		
	<b>Versión</b>	ENERO - 1,26		
	<b>ID de Proceso</b>	30926-955995		
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>				
<b>Nombres y apellidos:</b>	LUZ AMPARO VILLAMIZAR MEZA	<b>Banco a consignar:</b> BANCOLOMBIA		
<b>Cédula de Ciudadanía</b>	63.505.018	<b>Tipo de cuenta:</b> AHORROS		
<b>Correo electrónico:</b>	lvillamizarm@sena.edu.co	<b>Número de Cuenta:</b> 79367051995		
<b>IP/Nº de contacto:</b>		<b>Presta Servicios Excluidos de IVA:</b> NO		
<b>Inducción SST:</b>	SI	<b>Pertenece al régimen simple de tributación:</b> NO		
<b>Régimen del IVA:</b>	NO RESPONSABLE	<b>Es declarante de renta por el año gravable 2025</b> SI		
<b>¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?</b>		NO		
<b>Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600</b>		SI		
<b>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)</b>		NO		
<b>¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?</b>		NO		
<b>Concepto del pago corresponde a:</b>		Ninguno		
<b>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.</b>		0,00%		
<b>DATOS DEL CONTRATO</b>				
<b>Nº del contrato:</b>	8903729/2026	<b>Nº Compromiso SIIF</b> 62526   <b>Número de pagos durante la vigencia del contrato</b> 12		
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST.: CPE NO. 01-9-2026-002727- PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR A LA COORDINACIÓN DEL GRUPO NACIONAL DE ATENCIÓN INTEGRAL, DIFERENCIAL E INCLUYENTE A LA ECONOMÍA CAMPESINA, EN ASPECTOS JURÍDICOS, GESTIÓN CONTRACTUAL,			
<b>DATOS PERIODO DEL PAGO</b>				
<b>Del</b>	01/05/2026	<b>Al</b> 31/05/2026		
<b>Número de pago</b>	5	<b>Saldo Anterior del Contrato:</b> \$ 65.350.584		
<b>Valor Bruto Pago:</b>	<b>\$ 8.168.823,00</b>	<b>Valor Total del Contrato:</b> \$ 98.025.876		
		<b>Nuevo Saldo del Contrato:</b> \$ 57.181.761		
<b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>				
Ingresos por honorarios	\$ 8.168.823	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas 1,54%		
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo \$ 83.561		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 8.168.823</b>	\$ 0		
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 5.415.323</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 83.561</b>		
<b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>				
	<b>Mayo</b>	<b>Abril</b>	Base retención en la fuente a título de RENTA 5.415.323,00	TARIFA
<b>Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS</b>	-----	<b>77190073</b>	Base retención en la fuente a título de ICA 7.237.423,00	
<b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>	\$ 3.267.529	\$ 3.267.529	Valor base IVA 0,00	
<b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b>	\$ 408.500	\$ 408.500	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	19%
<b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b>	\$ 522.900	\$ 522.900	Menos Retención en la Fuente 83.561,00	1,54%
<b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b>	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA 0,00	15%
<b>ARL</b>	\$ 17.100	\$ 17.100	Reteica - 8299 - BOGOTÁ 69.914,00	0,966%
	\$ -	\$ -		0%
	\$ -	\$ -		0%
	\$ -	\$ -		0%
<b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b>	\$ -	\$ -		0%
<b>Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC</b>	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
<b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias</b>	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
<b>Intereses Prestamo de Vivienda</b>	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
<b>Dependientes hasta</b>	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
<b>Salud hasta</b>	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
<b>Renta Exenta 25%</b>	\$ 41.375.460	\$ 1.805.000		
<b>Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.</b>	\$ 7.220.000			
<b>Retención en la Fuente Contingente</b>	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$8.015.348,00</b>
<b>SON: OCHO MILLONES QUINCE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE</b>				
<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>				
1. Asistí a reuniones para brindar acompañamiento a las Regionales para la contratación de materiales y logística de las estrategias.				
2. Apoye el seguimiento y acompañamiento a las Regionales designadas sobre avance de la contratación de CampeSena y Full Popular.				
3. Revisé respuestas de solicitudes y consultas jurídicas a través de correos.				
4. Actualicé y alimenté matriz de seguimiento contractual a Regionales asignadas.				
5. Realicé actualización aprobación de hojas de vida de contratista en el sigep.				
6. Ingresé información de contratos de prestación de servicios en el Sigep.				
<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>				
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				
			<b>LUZ AMPARO VILLAMIZAR MEZA</b> <b>EL CONTRATISTA</b>	
<b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago.	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;			El Supervisor,	
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.				
			<b>JAIRO RUBEN LORA SANTANDER</b> <b>ASESOR G05</b>	
<b>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</b>				
<b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b> <b>NATALIA GRAJALES URREGO</b> <b>DIRECTOR DE AREA G10</b>				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	63505018	LUZ AMPARO VILLAMIZAR MEZA		Calle 58 # 6-31 Apto 403	8733080	lavime26@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77190073	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$948.500	

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	408.500	0		0		0	0	0	0	408.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	522.900	0	0	0	0	0	0		522.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	17.100				17.100	0	0	17.100			171	17.100	1

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	408.500	408.500
Pensión	1	522.900	522.900
Riesgos Laborales	1	17.100	17.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>948.500</b>	<b>948.500</b>

