



FORMATO PARA LIQUIDACION PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL NORTE DE SANTANDER
DESPACHO REGIONAL-APORTES

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

Código Regional	54
Código Centro	101054
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	36889-671109

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YURAIMY GOMEZ JIMENEZ	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.090.458.257	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	ygomezj@sena.edi.co	Número de Cuenta:	59093654417
IP/N° de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	SI
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			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:	9201887/2026	Nº Compromiso SIIF	15226	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		CONTRATACIÓN DE APOYOS ADMINISTRATIVOS Y DE GESTIÓN: CESION CO1.PCCNTR.9201887 CPE NO. 54-9-2026-003094 OBJETO: 54_14 PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO TÉCNICO PARA EL DESARROLLO Y EJECUCIÓN			

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 39.381.896
Número de pago	3			Valor Total del Contrato:	\$ 48.899.188
Valor Bruto Pago:			\$ 4.922.737,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 34.459.159

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.922.737	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.922.737		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.893.863	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

		Mayo	Abril			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	4651500148	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.893.863,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.969.095	\$ 1.969.095	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 246.200	\$ 246.200	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 315.100	\$ 315.100	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 I		\$ 10.300	\$ 10.300	Menos Retención IVA	0,00	0%
		\$			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		\$ -		Estampilla Departamental	98.455,00	2,000%
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		\$ 492.274		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$34.479.550	\$ 965.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.865.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR	\$4.824.282,00	

SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se evidencia el cumplimiento del indicador mediante visitas empresariales orientadas a la promoción del portafolio de servicios del SE
Se dio cumplimiento a la obligación de contribuir al fortalecimiento de los canales de comunicación entre la Entidad y los diversos se
Se dio cumplimiento a la obligación de registrar de manera precisa, oportuna y completa la totalidad de las actividades diarias, inter
Se dio cumplimiento a la obligación de participar activamente en la gestión de los requerimientos empresariales, mediante la atención,
Se dio cumplimiento a la obligación de colaborar en la elaboración, consolidación y presentación de informes, estadísticas de resultad
Se dio cumplimiento a la obligación de contribuir en el cumplimiento de la meta de contrato de aprendizaje, mediante el acompañamiento
Se dio cumplimiento a la obligación de atender con diligencia y oportunidad las observaciones, instrucciones y requerimientos formula

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplo 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

YURAIMY GOMEZ JIMENEZ
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.

SERGIO ALONSO JACOME JACOME
PROFESIONAL G06

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
DENNIS CRISTAL BARRERA COTAMO
DIRECTOR REGIONAL G07 (E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1090458257
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YURAIMY GOMEZ JIMENEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 14D # 11-25 TOLEDO	TELÉFONO: 1000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4651500148	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996564991

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002530552	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	\$ 316.800
SUBTOTAL:			1	\$ 316.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 247.500
SUBTOTAL:			1	\$ 247.500
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 48.300
SUBTOTAL:			1	\$ 48.300

VALOR SIN MORA:	\$ 612.600
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 612.600

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1090458257	NÚMERO PLANILLA:	4651500148	TIPO DE PLANILLA:
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		CUCUTA	DEPARTAMENTO:	YURAIMY GOMEZ JIMENEZ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	abril AÑO
CIUDAD/MUNICIPIO:		230901	TELÉFONO:	NORTE DE SANTANDER	DÍAS DE MORA:	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:
DIRECCIÓN:		CALLE 14D # 11-25 TOLEDO PLATA	CLASE APORTANTE:	1000000	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	0	MES
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE		2026/04/27	abril AÑO
TIPO EMPRESA:		PRIVADA					NÚMERO AUTORIZACIÓN:
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO					9996564991
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			Comercio al por mayor de computadores, equipo per				
			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	\$ 316.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 316.800	\$ 0	\$ 316.800
SUBTOTALES:										\$ 316.800	\$ 0	\$ 316.800

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 247.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 247.500	\$ 0	\$ 0	\$ 247.500	
SUBTOTALES:													\$ 247.500	\$ 0	\$ 0	\$ 247.500	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 48.300	\$ 48.300	\$ 0	\$ 0	\$ 48.300
SUBTOTALES:									\$ 48.300	\$ 0	\$ 0	\$ 48.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU									
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT			IBC	COTIZACIÓN					VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC
1	CC 1090458257	GOMEZ JIMENEZ YURAIMY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.980.000				NO																		230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	1.980.000	\$ 316.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 316.800	EPS037-NUEVA EPS	30	1.980.000	\$ 247.500	\$ 0	\$ 247.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.980.000	\$ 109045825	\$ 48.300	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 612.600