



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 BOLÍVAR

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-BOLÍVAR

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

| | |
|-------------------|---------------|
| Código Regional | 13 |
| Código Centro | 930410 |
| Fecha Elaboración | Abril de 2026 |
| Versión | ENERO - 1,26 |
| ID de Proceso | 99308-052319 |

DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|--|---------------------------------|---|-------------|
| Nombres y apellidos: | FABIOLA LUCINDA PADILLA CAMACHO | Banco a consignar: | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía | 45.484.126 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | fabypadillacamacho@yahoo.com | Número de Cuenta: | 17552508297 |
| IP/Nº de contacto: | | Presta Servicios Excluidos de IVA: | NO |
| 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

| | | | | | |
|--|---|--------------------|-------|--|----|
| Nº del contrato: | 9024518/2026 | Nº Compromiso SIIF | 16226 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA RED SALUD | | | | |

DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del | 01/04/2026 | Al | 30/04/2026 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 39.637.058 |
| Número de pago | 3 | | | Valor Total del Contrato: | \$ 48.954.135 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 4.737.497,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 34.899.561 |

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 RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 2.785.747 | 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 título de RENTA | | TARIFA |
|--|---------------|--------------|---|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | ----- | 9502843171 | Base retención en la fuente a título de ICA | 2.785.747,00 | |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 1.894.999 | \$ 1.894.999 | Valor base IVA | 4.737.497,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | \$ 236.900 | \$ 236.900 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | \$ 303.200 | \$ 303.200 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | \$ - | \$ 0 | Menos Retención IVA | 0,00 | 15% |
| ARL | \$ 9.900 | \$ 9.900 | Reteica - 8299 - CARTAGENA | 40.553,00 | 0,856% |
| | \$ - | \$ - | | 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 | \$ - | \$ - | 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 | \$ 473.750 | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | \$ 837.984 | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | \$ 37.927.505 | \$ 928.000 | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 1.825.000 | \$ - | | | |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ - | \$ - | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | VALOR A PAGAR | \$4.696.944,00 | |

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación presencial a la ficha 3306438 salud Oral los días: 8, 9, 10, 15, 16, 17, 22, 23, 24, 29, 30 Horario PM de ABRIL 2026
Supervisión De Actividades De promoción Y Mantenimiento De La Salud Oral Grupo 3306438 salud Oral los días: 7, 13, 14, 20, 21, 27, 28 ABRIL 2026

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

**FABIOLA LUCINDA PADILLA CAMACHO
EL CONTRATISTA**

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**MARÍA MARGARITA MONTIEL MONTIEL
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
AURELA ARODIZ AGUILERA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|---------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 45484126 | | PADILLA CAMACHO FABIOLA LUCINDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | MANGA AV3 24 65 URB LA CABAÑA | CARTAGENA-BOLIVAR | 6657465 | 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 | 205988278 | 9502843171 | I | 2026/04/09 | 2026/04/08 | BANCOLOMBIA | 0 | \$550,000 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|-----------------|-------|--------|-------------|-----------|--------|--------|-------------|-----------|--------|--------|------|-----|--------|--------|-------------|-------------|---------|---------|-----|--------|-----|--|--------------|--|--|--|--|
| EMPLEADO | | | | | PENSION | | | | | SALUD | | | | | CCF | | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
| No. | Identificación | Nombres | | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | | | | | | | |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | \$1,895,000 | \$303,200 | | | \$1,895,000 | \$236,900 | | | | \$0 | \$0 | | | \$1,895,000 | \$9,900 | | | \$0 | \$0 | | | | | | |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | \$1,895,000 | \$303,200 | | | \$1,895,000 | \$236,900 | | | | \$0 | \$0 | | | \$1,895,000 | \$9,900 | | | \$0 | \$0 | | | | | | |
| Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados) | | | | | \$1,895,000 | \$303,200 | | | \$1,895,000 | \$236,900 | | | | \$0 | \$0 | | | \$1,895,000 | \$9,900 | | | \$0 | \$0 | | | | | | |
| 1 | CC 45484126 | PADILLA FABIOLA | 25-14 | 30 | \$1,895,000 | \$303,200 | EPS005 | 30 | \$1,895,000 | \$236,900 | | 0 | \$0 | \$0 | 14-23 | 30 | \$1,895,000 | \$9,900 | 0 | | \$0 | \$0 | | | | | | | |
| Total Afiliados(1) | | | | | \$1,895,000 | \$303,200 | | | \$1,895,000 | \$236,900 | | | | \$0 | \$0 | | | \$1,895,000 | \$9,900 | | | \$0 | \$0 | | | | | | |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|---------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 45484126 | | PADILLA CAMACHO FABIOLA LUCINDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | MANGA AV3 24 65 URB LA CABAÑA | CARTAGENA-BOLIVAR | 6657465 | 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 | 205988278 | 9502843171 | I | 2026/04/09 | 2026/04/08 | BANCOLOMBIA | 0 | \$550,000 | |

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|-------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR | |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$303,200 | \$0 | \$0 | \$303,200 | |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$303,200 | \$0 | \$0 | \$303,200 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$9,900 | \$0 | \$0 | \$9,900 | |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | \$9,900 | \$0 | \$0 | \$9,900 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$236,900 | \$0 | \$0 | \$236,900 | |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | \$236,900 | \$0 | \$0 | \$236,900 | |
| TOTAL | | | | 1 | \$550,000 | \$0 | \$0 | \$550,000 | |



Notificación

Informativa

Hola,

Pediste el comprobante de pago y aquí lo tienes. Cualquier duda o inquietud estamos para ti.

Comprobante de pago

- Canal **P&E**
- Estado del pago **Aprobada**
- Referencia CUS **CU8 - 206888278**
- Número de comprobante **TR280403101668K8GpM4**
- Tipo de documento **CC**
- Número de documento **46484128**
- Fecha y hora **08/04/2028 10:16:68**
- Comercio **APORTE 8 EN LINEA**
- Costo del pago **\$ 0.0 COP**
- Producto **Cuenta de ahorros**
- Producto origen *******8287**

Total Pagado: \$ 550000.0

08/04/2028 10:16:68