

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		50
			Código Centro		911710
			Fecha Elaboración		Mayo de 2026
			Versión		ENERO - 1,26
			ID de Proceso		86664-694537
REGIONAL META					
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: ANGELICA MARIA SANCHEZ LEÓN			Banco a consignar: DAVIVIENDA		
Cédula de Ciudadanía 40.217.003			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: amsanchezl@sena.edu.co			Número de Cuenta: 0550488410987900		
IP/Nº de contacto: 84173			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: 9149761/2026		Nº Compromiso SIIF 18526		Número de pagos durante la vigencia del contrato 8	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERV PERSONAL TEMPORPARA EJERCER ROLINSTRUCTOR TÉCNICO Y/O TRANSVERSAL DE ACUERDO CON LOS DISEÑOS CURRICULARES QUE EJECUTE EL CAM EN 2026, PROGRAMAS TITULADA,VIRTUAL, FIC, CAMPESENA, FULLPOPULAR ESPECIALIDAD REQUERIDAY/O SU PERFIL			
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: \$ 37.899.976	
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 \$ 2.777.847		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		-----		4650666387	
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 II		\$ 19.800		\$ 19.800	
		\$			
		\$			
		\$			
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		\$ 473.750			
Salud hasta \$ 837.984		\$ -			
Renta Exenta 25% \$27.583.640		\$ 926.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 2.778.000					
Retención en la Fuente Contingente \$					
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.777.847,00	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.737.497,00	
				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 0,00 0,600%	
				- 0,00 0,600%	
				- 0,00 0,600%	
				- 0,00 0,600%	
				- 0,00 0,600%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				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 \$4.737.497,00	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
EN EL MES OBJETO DE COBRO SE DESARROLLARON LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:					
1. IMPARTIR FORMACION EN LAS FICHAS 3171116, 3123848, 3387738 Y CURSO COMPLEMENTARIO					
2. DESARROLLAR GUIAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACION PARA LAS FICHAS 3171116, 3123848, 3387738 Y CURSO COMPLEMENTARIO					
3. REALIZAR ACTIVIDADES PRACTICAS DE CAMPO FICHAS 3171116, 3123848, 3387738 y CURSO COMPLEMENTARIO					
4. REGISTRAR INASISTENCIAS APLICATIVO SOFIA PLUS FICHAS 3171116, 3123848, 3387738 y CURSO COMPLEMENTARIO					
5. PARTICIPAR EN PROCESOS DE INVESTIGACION A TRAVES DE SEMILLEROS DE INVESTIGACION ENCUENTRO REGIONAL DE SEMILLEROS REDCOLSI 2026					
6. ACOMPAÑAR ACTIVIDADES RELACIONADAS CON SENA EMPRESA FICHA 3171116 Y 3123848					
7- CUMPLIR CON LA PROGRAMACION ASIGNADA PARA EL MES OBJETO DE COBRO					
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					
<div></div>					
ANGELICA MARÍA SANCHEZ LEÓN 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 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.					
<div></div>					
EDNA SAMARA HERNANDEZ BEJARANO INSTRUCTOR G13					
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)					

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:					40217003				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					VILLAVICENCIO					DEPARTAMENTO:					ANGELICA MARIA SANCHEZ LEON				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CALLE 12 N 44B-03					TELÉFONO:					META				
DIRECCIÓN:					02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE:					I-INDEPENDIENTE				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO														
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):										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		
25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 700	\$ 0	\$ 303.200	\$ 700	\$ 303.900		
SUBTOTALES:													\$ 303.200	\$ 700	\$ 303.900		

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR			1	\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 236.900	\$ 0	\$ 600	\$ 0	\$ 236.900	\$ 600	\$ 0		\$ 237.500
SUBTOTALES:														\$ 236.900	\$ 600	\$ 0		\$ 237.500

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	\$ 19.800	\$ 19.800	\$ 100	\$ 0	\$ 19.900		
SUBTOTALES:									\$ 19.800	\$ 100	\$ 0	\$ 19.900		

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR							
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE				APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF34	CCF34-COFREM META			1	\$ 37.900	\$ 100	\$ 38.000
SUBTOTALES:					\$ 37.900	\$ 100	\$ 38.000

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	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE									
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																						
1	CC 40217003	SANCHEZ LEON ANGELICA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.895.000			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	1.895.000	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 303.200	EPS017-FAMISANAR	30	1.895.000	\$ 236.900	\$ 0	\$ 236.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.895.000	\$ 40217003	\$ 19.800	30	1.895.000	CCCF34-COFREM META	\$ 37.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

TOTAL PAGADO:

\$ 599.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40217003
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANGELICA MARIA SANCHEZ LEON	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CALLE 12 N 44B-03 TELÉFONO:	6706053
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4650666387	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	3	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996731105

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		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 303.900
SUBTOTAL:			1	\$ 303.900
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8300035647	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	\$ 237.500
SUBTOTAL:			1	\$ 237.500
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8920001463	CCF34	CCF34-COFREM META	1	\$ 38.000
SUBTOTAL:			1	\$ 38.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 19.900
SUBTOTAL:			1	\$ 19.900

VALOR SIN MORA:	\$ 597.800
VALOR MORA:	\$ 1.500
TOTAL PAGADO:	\$ 599.300

EFFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS:	9642057392	DV:	079014
Cliente:	110263 PILA	RECAUDO	
Fecha:	08/05/2026	10:57:25	
PAP:		991182	
Identificacion:		40217003	
Nombre:		ANGELICA	
Apellido 1:		SANCHEZ	
Apellido 2:		LEON	
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE	CIUDADANIA	
TELEFONO:		3124510069	
Codigo Planilla:		4650666387	
Periodo Pago:		2026/04	
Valor Comision:		0	
Valor Iva Comision:		0	
Referencia:	40217003	Valor:	\$599.300,00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.

Para reclamaciones presente este
recibo; tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co