

 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)		Código Regional	85
	REGIONAL CASANARE		Código Centro	951910
	CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE		Fecha Elaboración	Mayo de 2026
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 1.26
			ID de Proceso	53329-441165
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: BIBIANA LUCIA CAMARGO ROMERO		Banco a consignar:	BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía: 52.821.456		Tipo de cuenta:	AHORROS	
Correo electrónico: bcamargo@sena.edu.co		Número de Cuenta:	43766029418	
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?				
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600				
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)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
Nº del contrato: 8962192/2026		Nº Compromiso SIIF: 2826	Número de pagos durante la vigencia del contrato: 12	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		APOYOS ADM. Y GEST: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA GESTIONAR LA COMUNICACIÓN Y COORDINACIÓN DE PROCESOS ENTRE CENTROS DE FORMACIÓN Y EQUIPOS RESPONSABLES DE LA PLANEACIÓN, PROGRAMACIÓN, EJECUCIÓN, ACOMPAÑAMIENTO. RAD. 85-9-2026-000312		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/05/2026 Al 31/05/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 38.226.667		
Número de pago: 5		Valor Total del Contrato: \$ 53.680.000		
Valor Bruto Pago: \$ 4.880.000,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 33.346.667		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.880.000		Ninguno 0,00%		
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo \$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.880.000		\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.235.400		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 título de RENTA 3.235.400,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	6013648085	Base retención en la fuente a título de ICA 4.880.000,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.952.000	\$ 1.952.000	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 244.000	\$ 244.000	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 312.400	\$ 312.400	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%
ARL I		\$ 10.200	\$ 10.200	Reteica - 8299 - YOPAL 48.800,00 1,000%
		\$		- 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		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$41.375.460		\$ 1.078.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 3.387.000				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente \$				VALOR A PAGAR \$4.831.200,00
SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Realicé el registro y la actualización de la matriz de instructores designados.				
Envié comunicaciones a los Centros de Formación, orientando sobre el cumplimiento de las metas de formación virtual.				
Realicé el registro y la actualización de las bases de datos.				
Verifiqué el cumplimiento de las hojas de vida, conforme a los lineamientos establecidos para las semillas de formación virtual.				
Realicé las actualizaciones requeridas según las necesidades identificadas.				
Di cumplimiento a los requerimientos relacionados con las bolsas corporativas de los centros asignados.				
Asesoré a los Centros de Formación de acuerdo con las inquietudes presentadas.				
Envié las alertas correspondientes relacionadas con la ejecución de la formación titulada y complementaria.				
Asistí a las diferentes reuniones convocadas y sesiones de orientación sobre las acciones a seguir.				
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				
		BIBIANA LUCIA CAMARGO ROMERO 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 periodo de cobro;		LEVIS CERPA RUIZ PROFESIONAL G02		
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.				
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 JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52821456
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BIBIANA LUCIA CAMARGO ROMERO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CARRERA 10 A # 10-91 BARRIO	TELÉFONO: 2789283
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:	6013648085	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: 252935733

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		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 312.400
SUBTOTAL:			1	\$ 312.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 244.000
SUBTOTAL:			1	\$ 244.000
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002110251	CCF48	CCF48-CONFATOLIMA	1	\$ 39.100
SUBTOTAL:			1	\$ 39.100
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 10.200
SUBTOTAL:			1	\$ 10.200

VALOR SIN MORA:	\$ 605.700
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 605.700