



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 ANTIOQUIA

CENTRO DE LA INNOVACIÓN, LA AGROINDUSTRIA Y EL TURISMO - ANTIOQUIA

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

Código Regional	5
Código Centro	950310
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	07314-374348

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	CINDY ALEJANDRA SANTA RIOS	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.040.042.026	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	cndsnt@gmail.com	Número de Cuenta:	91210203848
IP/Nº de contacto:		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	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:	9235564/2026	Nº Compromiso SIIF	32926	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CTO.9235564 5_9503_607 PRESTAR SERVICIOS PERSONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN, DE CARÁCTER TEMPORAL, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE APRENDIZAJE. ECONOMIA POPULAR BAJO LOS LINEAMIENTOS DE LA ESTRATEGIA				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 34.899.562
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 48.638.303
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 30.162.065

**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
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.497</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 3.113.197</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	6014454837-602	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.113.197,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título de ICA	4.737.497,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	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 III	\$ 46.200	\$ 46.200	Menos Retención IVA	0,00	15%
	\$ -	\$ -	Reteica - 8560 - RIONEGRO	37.900,00	0,800%
	\$ -	\$ -		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	\$ -	\$ -	Jaime Isaza Cadavid	18.950,00	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%	\$ 37.927.505	\$ 1.038.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.006.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.680.647,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ver Anexo informe de actividades correspondiente al mes de Mayo que se encuentra en el proceso registrado en Secop II vigencia 2025

**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

**CINDY ALEJANDRA SANTA RIOS**  
**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,

**CAMILO ANDRES LAVERDE CORREDOR**  
**INSTRUCTOR G14**

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**  
**CAMILO ANDRES LAVERDE CORREDOR**  
**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:	1040042026	NÚMERO PLANILLA:	<b>6014454837</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LA CEJA	DEPARTAMENTO:	SANTA RIOS	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARRERA 22 #12 18	TELÉFONO:	5555555	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	285517767
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/06		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.				
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	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 294.400
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 294.400</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 294.400</b>

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 230.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 230.000</b>	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		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	\$ 0	\$ 44.900	\$ 44.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 44.900	\$ 0	\$ 0	\$ 44.900
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 44.900</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 44.900</b>	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	MORA		TOTALES								
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO							
CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	\$ 36.800	\$ 0	\$ 0	\$ 36.800							
<b>SUBTOTALES:</b>					<b>\$ 36.800</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 36.800</b>					

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																																										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN		SEGURIDAD SOCIAL		SALUD		ARP		PARAFISCALES																		
																										ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DIAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP
1	CC 1040042026	SANTA RIOS CINDY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.840.000				NO	C-01																230301-PORVENIR	30	\$ 1.840.000	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 294.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	\$ 1.840.000	\$ 230.000	\$ 0	\$ 230.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	\$ 1.840.000	\$ 44.900	\$ 0	\$ 44.900	\$ 36.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 606.100**

## 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:	1040042026	NÚMERO PLANILLA:	<b>6020007591</b>	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LA CEJA	DEPARTAMENTO:	SANTA RIOS	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	LA CEJA	TELÉFONO:	5555555	DÍAS DE MORA:	5	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	305424102
DIRECCIÓN:	CARRERA 22 #12 18	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/13	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2026/05/06
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.	NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	6014454837		
TIPO EMPRESA:	PRIVADA						
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
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	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 8.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 8.800	\$ 100	\$ 0	\$ 8.900
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 8.800</b>	<b>\$ 100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 8.900</b>

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 6.900	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 6.900	\$ 100	\$ 0	\$ 7.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 6.900</b>	<b>\$ 100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 7.000</b>		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.300	\$ 0	\$ 1.300	\$ 100	\$ 0	\$ 1.400
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 1.300</b>	<b>\$ 100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 1.400</b>

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	MORA		TOTALES								
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO							
CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	\$ 1.100	\$ 100	\$ 0	\$ 1.200							
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 1.100</b>	<b>\$ 100</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 1.200</b>

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL										SALUD										ARP										PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE															
1	CC 1040042026	SANTA RIOS CINDY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE		\$ 1.840.000				NO	C-01					A											230301-PORVENIR	30	1.840.000	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 294.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	1.840.000	\$ 230.000	\$ 0	\$ 230.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.840.000	\$ 104004202	\$ 44.900	30	1.840.000	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	\$ 36.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0															
2	CC 1040042026	SANTA RIOS CINDY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE		\$ 1.840.000				NO	C-01					C 01-30											230301-PORVENIR	30	1.894.998	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 303.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	1.894.998	\$ 236.900	\$ 0	\$ 236.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.894.998	\$ 104004202	\$ 46.200	30	1.894.998	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	\$ 37.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0															
3	CC 1040042026	SANTA RIOS CINDY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE		\$ 1.840.000				NO	C-01					R 01-30											230301-PORVENIR	0	\$ 54.998	\$ 8.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 8.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	0	\$ 54.998	\$ 6.900	\$ 0	\$ 6.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	0	\$ 54.998	104004202	\$ 1.300	0	\$ 54.998	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	\$ 1.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0															

**TOTAL PAGADO: \$ 18.500**