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 CESAR

CENTRO BIOTECNOLÓGIOCO DEL CARIBE-CESAR

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

Código Regional	**20**
Código Centro	**911410**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**54861-563656**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIANA PAOLA MANJARRES ALARCON	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	49.605.736	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dmanjarresa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	488437577296
IP/Nº de contacto:	3154500463	**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**	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:	9275135/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**14926**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PARA EL FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS Y EL APRENDIZAJE DE POBLACIÓN CAMPESINA, VULNERABLE, ÉTNICA Y COMUNITARIA - FORMACIÓN REGULAR, CBC Y MUNICIPIOS

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.057.478
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:		**$ 4.737.497,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.319.981

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	**$ 3.133.597**	**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		----------	**9503614094**
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		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 1.044.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.748.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.133.597,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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 - VALLEDUPAR	0,00	0,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Universidad Popular del Cesar	23.687,00	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	**$4.713.810,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Alistamiento del curso complementario apertura y configuración y revisión desde foros presentación de anunciosAlistamiento del curso c
envió de mail por grupo para actualización de datos en Sofía plus
procedimiento para asociar cada una de las fichas en sofia plus
configuración del centro de calificaciones por ficha asignada
activación y configuración de evaluaciones y actividades interactivas
elaboración y presentación de sesiones web por unidad temática
evaluación del centro de calificaciones por RAP
de los cursos virtuales complementarios de sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo de 50 hrs y 20 hrs
3503679-3503680-3509382-3509383

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

DIANA PAOLA MANJARRES ALARCON
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

Firmado digitalmente por PABLO EMILIO CORREA PARRA
Fecha: 2026.05.17 18:26:26 -05'00'

PABLO EMILIO CORREA PARRA
INSTRUCTOR G17

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
ISMAEL ENRIQUE VANSTRAHLEN PEINADO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

17/05/26 12:17:52 USUARIO: SIC - C.C. 49605736

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 49605736		MANJARRES ALARCON DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 23 # 14-156 barrio socorro	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	3154500463	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	288939290	9503614094	I	2026/05/12	2026/05/07	NEQUI	0	$557,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,885,600	$301,700			$1,885,600	$235,700			$0	$0			$1,885,600	$19,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,885,600	$301,700			$1,885,600	$235,700			$0	$0			$1,885,600	$19,700		$0	$0
Ciudad: AGUSTIN CODAZZI Depto: CESAR (1 Afiliados)					$1,885,600	$301,700			$1,885,600	$235,700			$0	$0			$1,885,600	$19,700		$0	$0
1	CC 49605736	MANJARRES DIANA	25-14	30	$1,885,600	$301,700	EPS017	30	$1,885,600	$235,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,885,600	$19,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,885,600	$301,700			$1,885,600	$235,700			$0	$0			$1,885,600	$19,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 49605736		MANJARRES ALARCON DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 23 # 14-156 barrio socorro	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	3154500463	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	288939290	9503614094	I	2026/05/12	2026/05/07	NEQUI	0	$557,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$301,700	$0	$0	$301,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$301,700	$0	$0	$301,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,700	$0	$0	$19,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,700	$0	$0	$19,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$235,700	$0	$0	$235,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$235,700	$0	$0	$235,700
TOTAL				1	$557,100	$0	$0	$557,100

Comprobante de Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 49605736		MANJARRES ALARCON DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	manjarres_alarcon@hotmail.com	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	3154500463

Clave: 9504847175

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2026/05/19	7	$300	$3,100
2026/05/20	8	$300	$3,100
2026/05/21	9	$300	$3,100
2026/05/22	10	$300	$3,100
2026/05/25	13	$300	$3,100
2026/05/26	14	$300	$3,100
2026/05/27	15	$300	$3,100
2026/05/28	16	$300	$3,100
2026/05/29	17	$300	$3,100

Periodo Pensión: 2026-04 **Periodo Salud: 2026-04**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$1,600
COLPENSIONES		1	$1,600
ARL	1	1	$200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		1	$200
EPS	1	1	$1,300
FAMISANAR		1	$1,300
SUBTOTAL			$3,100
TOTAL			$3,100

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas
Banco de Occidente
Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

efecty éxito SURTIMAX Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 49605736		MANJARRES ALARCON DIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 23 # 14-156 barrio socorro	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	3154500463	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04		9504847175	N	2026/05/12			7	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																			PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.		Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																		
Ciudad: AGUSTIN CODAZZI Depto: CESAR (1 Afiliados)																																		
1	CC	49605736	MANJARRES DIANA								A			¤	¤						25-14	30	EPS017	30		0	14-23	30	1.044%	0	No
2	CC	49605736	MANJARRES DIANA							X	C										25-14	30	EPS017	30		0	14-23	30	1.044%	0	No
Total		**Afiliados(1)**																																

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,500	$100	$0	$1,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,500	$100	$0	$1,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$100	$100	$0	$200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$100	$100	$0	$200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,200	$100	$0	$1,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$1,200	$100	$0	$1,300
TOTAL				**1**	**$2,800**	**$300**	**$0**	**$3,100**