



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)

DIRECCIÓN GENERAL  
SENA FONDO EMPRENDER

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

Código Regional	1
Código Centro	505255
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	74017-079129

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	MARTHA CECILIA MEZA PUERTA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	60.337.132	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	mcmeza@sena.edu.co	Número de Cuenta:	29158097719
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	NO
¿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:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	9201685/2026	Nº Compromiso SIIF	18726	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST.:9-2026-006038 -PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y JURÍDICA PARA EL SEGUIMIENTO, CONTROL Y EVALUACIÓN DE LOS CONTRATOS DE COOPERACIÓN EMPRESARIAL FINANCIADOS				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 59.200.000
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 81.400.000
Valor Bruto Pago:	\$ 7.400.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 51.800.000

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 7.400.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 7.400.000</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 4.350.900</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril	Base retención en la fuente a título de RENTA		TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	6011517870	Base retención en la fuente a título de ICA	4.350.900,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.960.000	\$ 2.960.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 370.000	\$ 370.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 473.600	\$ 473.600	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 15.500	\$ 15.500	Reteica - 8299 - BUCARAMANGA	44.400,00	0,600%
	\$			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	\$ 740.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Sobretasa Bomberil	4.440,00	10,000%
Renta Exenta 25%	\$ 37.927.505	\$ 1.450.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 4.350.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$ 7.351.160,00</b>	

**SON: SIETE MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CIENTO SESENTA PESOS M/CTE**

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

- 1.1 Compartí mediante correo electrónico a los 16 beneficiarios de los planes de negocios asignados, el Manual de firmas AUCO-SENA, y
- 2.1 Realicé el envío de comunicación a los 16 beneficiarios asignados, ID: - 111318, 116426, 110310, 111316, 116280, 116673, 117104,
- 4.1 Apoyé a los beneficiarios que han ido adelantando esta actividad: Proyectos ID 116280, 115724, 110310, 116426 y 111772 que expusieron
- 7.1 Verifiqué y actualicé la información del consolidado SIGOB SENA 2026 de cada uno de los 16 proyectos asignados con ID: 111318, 116
- 10.1 Se dio respuesta al correo recibido del beneficiario del proyecto IDD 110310- HELADOS SOFT MANIA, que requirió apoyo frente al in
- 11.1 Entregué el informe de actividades con los respectivos soportes y dentro de las fechas establecidas para el trámite de pago de may
- 12.1 Envié a través del correo al enlace el acta de reunión de alistamiento y asistencia realizada a los 16 beneficiarios.
- 13.1 Participé en las reuniones, charlas firma de contratos de cooperación empresarial el día 6 de mayo de 2026 - Crear Individual: c

**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

**MARTHA CECILIA MEZA PUERTA  
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 periodo 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,

**HERNAN MAURICIO RODRIGUEZ LAVERDE  
PROFESIONAL G02**

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  
ELSA AURORA BOHORQUEZ VARGAS  
DIRECTORA DE EMPLEO Y TRABAJO**

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 60337132  
 NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: MARTHA CECELIA MEZA PUERTA  
 CIUDAD/MUNICIPIO: BUCARAMANGA DEPARTAMENTO: SANTANDER  
 DIRECCIÓN: ANILLO VIAL N 21-360 QUINTAS TELÉFONO: 6845344  
 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE  
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de  
 FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO  
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

NÚMERO PLANILLA: **6011517870** 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): 2026/04/06 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 195127694

**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		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8002248088	230301		230301-PORVENIR	1	\$ 473.600
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 473.600</b>

**SALUD**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
9010379161	MIN002		MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1	\$ 370.000
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 370.000</b>

**RIESGOS PROFESIONALES**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8600111536	14-23		14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 15.500
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 15.500</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 859.100</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 859.100</b>