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 NORTE DE SANTANDER

CENTRO DE LA INDUSTRIA LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS REG. NORTE DE SANTANDER

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

Código Regional	**54**
Código Centro	**953710**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**23615-317805**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CLARITHSA RODRIGUEZ RAMIREZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	60.391.665	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	clarithsarr@gmail.com	**Número de Cuenta:**	066370061732
IP/Nº de contacto:	304	**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:	8951897/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**17726**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CO1.PCCNTR.8951897 8 CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES: CPE NO. 54-9-2026-000547 OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA O COMPLEMENTARIA EN LOS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES DE LOS PROGRAMAS

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 33.952.061
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 48.164.552
Valor Bruto Pago:		**$ 4.737.497,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 29.214.564

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	**$ 3.140.497**	**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		----------	**9504992450**
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 I		$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
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%	$34.479.550	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.141.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	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	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Estampilla Departamental	94.750,00	2,000%
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	**$4.642.747,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Acciones programadas de FPI directas, a formación, Ficha: 3411216 - TL Gestión Administrativa del Sector Salud. Horas 44

Acciones programadas de FPI directas, a formación, Ficha: 3407598 - TL Cuidado Basico de Personas con Dependencia Funcional. Horas 36

Acciones programadas de FPI directas, a formación, Ficha: 3411972 - TL Cocina. Horas 24

Acciones programadas de FPI directas, a formación, Ficha: 3411981 - TL Cocina. Horas 24

Acciones programadas de FPI directas, a formación, Ficha: 3412007 - TL Operación de Eventos. Horas 12

Acciones programadas de FPI directas, a formación, Ficha: 3336302 - TL Comecio de Productos Sostenibles. Horas 20

Total 160 horas

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



CLARITHSA RODRIGUEZ RAMIREZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

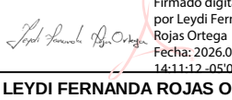
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



LEYDI FERNANDA ROJAS ORTEGA
INSTRUCTOR G20

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
HUGO LEON TABORDA OCAMPO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

20/05/26 15:00:43 USUARIO: SIC - C.C. 60391665

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 60391665		RODRIGUEZ RAMIREZ CLARITHSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 18 11 35 LA LIBERTAD	CUCUTA-NORTE DE SANTANDER	5911811	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	323231196	9504992450	I	2026/05/19	2026/05/20	BANCO DAVIVIENDA	1	$550,700

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,895,200	$303,300			$1,895,200	$236,900			$0	$0			$1,895,200		$9,900		$0	$0		$550,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,895,200	$303,300			$1,895,200	$236,900			$0	$0			$1,895,200		$9,900		$0	$0		$550,100
Ciudad: CUCUTA Depto: NORTE DE SANTANDER (1 Afiliados)																					$1,895,200	$303,300			$1,895,200	$236,900			$0	$0			$1,895,200		$9,900		$0	$0		$550,100
1	CC	60391665	RODRIGUEZ CLARITHSA								X									23030 1	30	$1,895,200	$303,300	EPS042	30	$1,895,200	$236,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,895,200	0.522%	$9,900	0	$0	$0	No	$550,100
Total	**Afiliados(1)**																				$1,895,200	$303,300			$1,895,200	$236,900			$0	$0			$1,895,200		$9,900		$0	$0		$550,100

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	$303,300	$300	$0	$303,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$303,300	$300	$0	$303,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,900	$100	$0	$10,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,900	$100	$0	$10,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$200	$0	$237,100
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	$236,900	$200	$0	$237,100
TOTAL				**1**	**$550,100**	**$600**	**$0**	**$550,700**