



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 BOLÍVAR

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-BOLÍVAR

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

Código Regional	13
Código Centro	930410
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	23022-568613

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	CELLY BEATRIZ BOSCAN PALACIO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	56.084.491	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	cbboscanp@sena.edu.co	Número de Cuenta:	67837637497
IP/Nº de contacto:	3003885878	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:	9180774/2026	Nº Compromiso SIIF	37826	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PRESENCIAL EN LA RED SALUD				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 20.144.000
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 29.300.356
Valor Bruto Pago:	\$ 3.662.548,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 16.481.452

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

Ingresos por honorarios	\$ 3.662.548	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 3.662.548</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.365.248</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	-----	6016367036	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.365.248,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Base retención en la fuente a título de ICA	3.662.548,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 218.900	\$ 218.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 280.200	\$ 280.200	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	\$ 9.200	\$ 9.200	Menos Retención IVA	0,00	15%
	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 - CARTAGENA	31.351,00	0,856%
	\$ -	\$ -		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%	\$ 31.031.595	\$ 789.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.909.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$3.631.197,00</b>	

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

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

En el periodo comprendido entre el 01 y el 30 del mes de mayo de 2026, se desarrollaron actividades formativas en los programas de formación complementaria, atendiendo a personas de las siguientes empresas:

- Asociación Comunidad Cristiana Luz del Evangelio. NIT: 900161538-5, con la coordinación de Angelica María Aurela Meza.
- JAC (Junta de acción comunal) san Antonio NIT: 901282959-5, con la coordinación de Juan Carlos suaza zapata: 3006282791
- FUNDACIÓN ECNICA APRENDIZAJE SOBRE RUEDAS, NIT: 9016834030-2, con la coordinación de Alberto Julio, Celular: 3008255688
- ALCALIA MUNICIPAL DE SAN ESTANISLAO NIT: 890481310-0, con la coordinación de KAREN MARTINEZ REALES Celular: 3006282791

Con las siguientes fichas: 3501616 - APLICACION DE LA ESTRATEGIA AIEPI COMUNI TARIA, 3501641 - PRIMEROS AUXILIOS, 3501650 - APLICACION DE LA ESTRATEGIA AIEPI COMUNI TARIA Y 3501665 - HUMANI ZACION DE LA ATENCION EN SALUD.

Las cuales fueron inscri tas, matriculadas, asociadas y evaluadas en Sofía Plus, para su desarrollo se utilizaron di ferentes técni cas o

**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

**CELLY BEATRIZ BOSCAN PALACIO  
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,

**DUVIS ROSARIO ARRIETA ORTEGA  
INSTRUCTOR G18**

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  
AURELA ARODIZ AGUILERA  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	56084491
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CELLY BEATRIZ BOSCAN PALACIO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGENA DEPARTAMENTO:		BOLIVAR
DIRECCIÓN:	MANZANA E LOTE 18 PISO 2	TELÉFONO:	6531992
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:	<b>6016367036</b>	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):	2026/05/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	287698886

**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		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 280.200
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 280.200</b>

**SALUD**

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 218.900
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 218.900</b>

**RIESGOS PROFESIONALES**

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 9.200
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 9.200</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 508.300</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 508.300</b>





## Comprobante en línea

6 May 2026 19:10

Pago PSE

Comercio  
**SOI ACH**

Referencia 1  
**10.80.25.153**

Fecha  
**6 May 2026 19:10**

Referencia 2  
**CC**

Número de factura  
**6016367036**

Referencia 3  
**56084491**

Descripción del pago  
**Pago de la Planilla Integrada de  
Seguridad Social y Parafisacales**

Valor del Pago  
**\$508.300**

Número de comprobante  
**TR260506191000T6mSLA**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Producto  
\*\*\*\* 7497**

---