



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 MAGDALENA

CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.

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

Código Regional	47
Código Centro	911810
Fecha Elaboración	Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	65715-704772

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	BASHIR SAUL ABDALA ALFARO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.081.926.371	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	bashirabdala@gmail.com	Número de Cuenta:	51272020705
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	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:	9107767/2026	Nº Compromiso SIIF	22726	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR LA FORMACIÓN PROPIOS DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA PROGRAMADOS POR EL CENTRO ACUÍCOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/04/2026	Al	30/04/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 36.320.810
Número de pago	3			Valor Total del Contrato:	\$ 43.427.056
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 31.583.313

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

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 110.231
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 9.474.994</b>		\$ 110.231
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 5.555.695</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Abril	Marzo	Base retención en la fuente a título de RENTA	5.555.695,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	6011957358	Base retención en la fuente a título de ICA	4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL II	\$ 19.800	\$ 19.800	Reteica - 8299 - SANTA MARTA	29.382,00	0,700%
	\$ -	\$ -		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	\$ -	\$ -	Pro-Hospital	94.750,00	2,000%
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	\$ 947.499	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 34.479.550	\$ 1.852.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.734.000	\$ -			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.613.365,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

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

APOYO A LA VERIFICACION Y REGISTRO EN LA PLATAFORMA BETOWA DE LOS APRENDICES DE LAS INSTITUCIONES I. E. D URBANO MOLINA CASTRO
I. E. D LAS MERCEDES, I. E. D ANDRES DIAZ VENERO DE LEIVA
REUNION DE SOCIALIZACION DE AMBIENTES Y SUS MEJORAS CON COORDINADORES, DOCENTES PAR Y RECTORES DE LAS INSTITUCIONES
I. E. D URBANO MOLINA CASTRO, I. E. D LAS MERCEDES, I. E. D ANDRES DIAZ VENERO DE LEIVA
REUNION MENSUAL CON DOCENTE PAR DE LA I. E. D DEL CORREGIMIENTO DE LOS ANDES Y SAN SEBASTIAN

**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

**BASHIR SAUL ABDALA ALFARO  
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,

**YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES  
INSTRUCTOR**

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  
BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN  
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:	1081926371	NÚMERO PLANILLA:	<b>6011957358</b>		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES			
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	BASHIR SAUL ABDALA ALFARO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	marzo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO	2026
CIUDAD/MUNICIPIO:	CR 9A N 14A 44	TELÉFONO:	3006612	DÍAS DE MORA:	0						
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/16		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	144713507			
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per								
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	\$ 295.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 295.300	\$ 0	\$ 0	\$ 295.300
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 295.300</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 295.300</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
ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.700	\$ 0	\$ 0	\$ 230.700
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 230.700</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 230.700</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	\$ 0	\$ 19.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 19.300	\$ 0	\$ 0	\$ 19.300
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 19.300</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 19.300</b>	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										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	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP					PARAFISCALES													
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1081926371	ABDALA ALFARO BASHIR SAUL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.845.200				NO	01																230301-PORVENIR	30	1.845.200	\$ 295.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 295.300	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	30	1.845.200	\$ 230.700	\$ 0	\$ 230.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.845.200	\$ 19.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 545.300**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1081926371
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BASHIR SAUL ABDALA ALFARO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CR 9A N 14A 44 TELÉFONO:	3006612
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:	<b>6016338303</b>	TIPO DE PLANILLA: N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 230916741
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	6011957358	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2026/03/16

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 7.900
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 7.900</b>
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8060083947	ESSC07	ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS	1	\$ 6.200
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 6.200</b>
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A	1	\$ 500
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 500</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 14.600</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 14.600</b>

**BASHIR SAUL ABDALA ALFARO**

NIT: 1081926371 - 8

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: CL 7 16 32 BRR LA FLORIDA, PLATO, Magdalena, Colombia

Tel. 3006612422

Email. bashir-af@hotmail.com

Autorización factura electrónica de venta No: 18764101771042 válida desde 2025-11-19 hasta 2027-11-19 rango desde FACT1 hasta FACT1000

**Nombre/Razón Social:** SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE**NIT:** 899999034**Dirección:****Teléfono:****Email:** notificacionesDIAN@sena.edu.co**Forma de pago:** Contado**Medio de pago:** Transferencia Débito Bancaria**Total de Lineas:** 1**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** FACT14**MONEDA:** COP Peso colombiano**HORA EMISIÓN:** 10:44:21**FECHA FIRMADO:** 16/04/2026 10:44:24**FECHA DE EMISIÓN****FECHA DE VENCIMIENTO**

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
16	04	2026	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	006	PAGO HONORARIOS MENSUAL	94	1,00	\$4.737.497,00				\$0,00	\$4.737.497,00

**Notas:** FACTURA CORRESPONDIENTE A HONORARIOS AL MES DE ABRIL**SON:** (cuatro millones setecientos treinta y siete mil cuatrocientos noventa y siete pesos cero centavos)**CUFE:** a2cf3c11cdb03a667267860108e9fe3dca8a9188afc8d124a706f35c088695596bed2d3ab1d708159f75a99e997cdf

<b>Subtotal:</b>	\$4.737.497,00
<b>Cargos:</b>	\$0,00
<b>Descuentos:</b>	\$0,00
<b>Total:</b>	\$4.737.497,00

**Firma Digital:** KSyhUfaZKl3c166c4htOqiSX4wTnDawm7372YK/42jQpal4eer9ITHRCg20f8u9hX51z8PI8AheX0d3aglRiduaOfi8uVqpXqlh6SaH41zIUQog0wB9DwijypRCGk1gwx3i4zuewA8Ld9QJGKctmgc9SinL92QXMvCpqzEixrxRPqWkLOnGrWpsUA4sYeKeWrgGzw3hKUZ+h3BETnAL3crtMltRmOgHAg9PAOFMNR0E8JHknlu371JOgyuBagFpQ2UiTz9KPzkW0NwLtiVRub9mvptUXLQvMcb6JAOYis+XjpllrYmkxhKIFsRoLM3Tyu6dnsRcU5bLo7aJdHfA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..**