



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 ANTIOQUIA  
REPOTENCIACION DE CENTROS

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

Código Regional	5
Código Centro	101005
Fecha Elaboración	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	18045-054572

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos:	DIANA MARIA GUZMAN GARCIA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	39.581.313	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	dmguzman@sena.edu.co	Número de Cuenta:	65961872671
IP/Nº de contacto:	00	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:	9086724/2026	Nº Compromiso SIIF	20926
		Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST. - PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA GESTIONAR, DESARROLLAR Y ACOMPAÑAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA FORMACIÓN PROFESIONAL Y LA POLÍTICA DE COMPETITIVIDAD Y DESARROLLO TECNOLÓGICO PRODUCTIVO EN LA REGIONAL Y ARTICULANDO L		

DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del	01/06/2026	Al	30/06/2026
Número de pago	5	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 44.555.000
Valor Bruto Pago:	\$ 6.365.000,00	Valor Total del Contrato:	\$ 70.015.000
		Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 38.190.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 6.365.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 6.365.000</b>		\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 3.655.500</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
	Junio	Mayo			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	84379267	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.655.500,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.546.000	\$ 2.546.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.639.300,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 318.300	\$ 318.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 407.400	\$ 407.400	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	\$ 13.300	\$ 13.300	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299	0,00	0,400%
				0,00	0,400%
				0,00	0,400%
				0,00	0,400%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0,400%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Jaime Isaza Cadavid	25.460,00	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	\$ 636.500		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ 116.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 37.927.505	\$ 1.218.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 4.872.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$6.339.540,00</b>	

**SON: SEIS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**  
De conformidad con el anexo informe de actividades que reposa en el expediente del contrato de prestación de servicios C01.PCCNTR.9086724 del año 2026. se dio cumplimiento al siguiente objeto contractual: Prestar servicios profesionales para gestionar, desarrollar, acompañar las actividades relacionadas con la Formación profesional y la política de competitividad y desarrollo tecnológico productivo en la Regional y articulando los centros de formación de la regional.

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**  
1. Cumpli 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 MARIA GUZMAN GARCIA**  
**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,

**CRISTINA PATRICIA VALLE OSORIO**  
**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**  
**RAUL EMILIO OLARTE VARGAS**  
**DIRECTOR REGIONAL G08**

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO		CORREO
CC	39581313	DIANA MARIA GUZMAN GARCIA		Calle 76c #89a66	8352489		dianagu51@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	GIRARDOT		

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84379267	01/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$739.000	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	318.300	0		0		0	0	0	0	318.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	407.400	0	0	0	0	0	0		407.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	13.300				13.300	0	0	13.300			133	13.300	1

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	318.300	318.300
Pensión	1	407.400	407.400
Riesgos Laborales	1	13.300	13.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>739.000</b>	<b>739.000</b>

