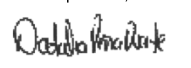


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGÍSTICA Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN- BT4 D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Regional Código Centro Fecha Elaboración Versión ID de Proceso	11 930310 Mayo de 2026 ENERO - 1,26 65929-216843
	DATOS DEL CONTRATISTA			
	Nombres y apellidos: CAROLINA CASTAÑEDA ROSAS Cédula de Ciudadanía: 52.845.063 Correo electrónico: ccastaneda36@misena.edu.co IP/Nº de contacto: 3208203085 Inducción SST: SI Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Banco a consignar: DAVIVIENDA Tipo de cuenta: AHORROS Número de Cuenta: 0570456170158558 Presta Servicios Excluidos de IVA: SI Pertenece al régimen simple de tributación: NO Es declarante de renta por el año gravable 2025 SI	
	¿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 SI 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: 8886277/2026		Nº Compromiso SIIF 18026	Número de pagos durante la vigencia del contrato 12	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA ATENDER LA FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO RED INS. DE ENSEÑANZA DE IDIOMAS EN LA MODALIDAD PRESENCIAL,		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/04/2026 Al 30/04/2026	Saldo Anterior del Contrato: \$ 39.794.975		Valor Total del Contrato: \$ 49.585.802	
Número de pago 4	Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 35.057.478	
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				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		Abril	Marzo	Base retención en la fuente a título de RENTA 3.140.497,00 TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		72019591		Base retención en la fuente a título de ICA 4.197.397,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 236.900	\$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ 303.200	\$ 303.200	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
ARL		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%
ARL		\$ 9.900	\$ 9.900	Reteica - 8299 - BOGOTÁ 40.547,00 0,966%
		\$ -	\$ -	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% \$41.375.460		\$ 1.047.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 2.094.000				
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$4.696.950,00
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Difundí la convocatoria English For Work Ciclo 2 y 3 Contacté a los aspirantes e informé requisitos de participación e inicio de forma				
Realicé y finalicé formación con las fichas: 3448577Pre Intermedio 1 3467606 Básico 2 3467609 Básico 2 3468708 Básico 1 3472904				
Evalué en el aplicativo Sofia Plus y envié los conceptos a coordinación de las siguientes fichas: 3448577Pre Intermedio 1 3467606				
Reporté las novedades pertinentes a los aprendices inscritos en el programa. Reporte Cesión de contrato y realicé empalme con nuevo in				
Explicué las reglas establecidas por el SENA para la formación complementaria. Se hizo cumplir el manual de convivencia del centro y e				
Divulgué las convocatorias del programa y de otros técnicos ofertados				
Reporté oportunamente las acciones realizadas durante el mes de abril a través del informe contractual				
Asistí a las reuniones programadas por coordinación				
Velé por el buen uso de los espacios proporcionados por las Secretarías Distritales y la policía nacional				
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		 CAROLINA CASTAÑEDA ROSAS EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.		JUDY NATALIA PE?A DUARTE INSTRUCTOR G19		
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 JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52845063	CAROLINA CASTANEDA ROSAS	Cra15N 49-53	3208203085	carocas85@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC	
		72019591	30/04/2026	1	0	
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR		
2025-03	2026-03	I	\$0	\$555.300		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
EPS017	Familisamar EPS	830003564-7	236.900	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
					0	0	14	2.300	239.200
								0	1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	303.200	0	0	0	0	14	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Valor Mora Cotización	Días Mora	Valor Saldo a Favor	No. Afiliados
1423	Positiva Seguros	860011153-6	9.900	No. Autorización	Valor	100	14	99	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre								

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	14	0	0	0
0	14	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	236.900	239.200	
Pensión	1	303.200	306.100	
Riesgos Laborales	1	9.900	10.000	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	550.000	555.300	

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52845063	CAROLINA CASTAÑEDA ROSAS	Cra15N 49-53	3208203085	carocas85@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC	
		72019591	30/04/2026	1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR		
2025-03	2026-03	I	\$0	\$555.300		

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES					CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colectivos	Subtipo	Extranjero	Código extranjero	RE	ME	TOE	TAD	TOP	TAP	VSP	VST	SLN	RE	LA	VAC	AVC	WCT	RL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 52845063	CASTAÑEDA ROSAS CAROLINA	59	0	N																	230301	1,895,000	30	303,200	0	0	0	0	0	1,895,000	30	236,900	14-23	1,895,000	30	1	9,900		0	0	0	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52845063	CAROLINA CASTANEDA ROSAS	Cra15N 49-53	3208203085	carocas85@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC				
		79147125	08/05/2026	1	0				
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR					
2025-04	2026-04	I	\$0	\$560,000					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
EPS017	Familisamar EPS	830003564-7	236.900	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
					0	0	0	0	236.900
									1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	303.200	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Oros		Fondo Solidaridad	
1423	Positiva Seguros	860011153-6	9.900	No. Autorización	Valor	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Saldo a Favor	No. Afiliados
				0	0	9.900	0	99	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre								

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	236.900	236.900	
Pensión	1	303.200	303.200	
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	550.000	550.000	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPIC
		79147125	08/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$550,000	

PAGODA

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01
		Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) CAROLINA CASTAÑEDA ROJAS identificado(a) con CC. 52845063 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 10 de Mayo de 2026 a las 08:23:45

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.



Versión: 1

Código:
GCCON-F-008

PROCESO

GESTIÓN CONTRACTUAL

NOMBRE DEL FORMATO

ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública

x

Pública Clasificada

Pública Reservada

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: CAROLINA CASTAÑEDA ROSAS

IDENTIFICACIÓN

CIUDAD BOGOTÁ FECHA 4 DE MAYO DE 2026 REGIONAL DISTRITO CAPITAL 52.845.063

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:

CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS LOGÍSTICA Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:

8886277

12/12/2026

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO

CESIÓN

x

LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO

TERMINACIÓN UNILATERAL

DEPENDENCIA SENA

Marcar con x

RESPONSABLES

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

GESTIÓN DE TIC

x

DARWIN RAUL BOLIVAR

ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS

NORBERTO MORENO BERDUGO

ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación)
SECRETARÍA GENERAL

ALMACÉN E INVENTARIOS

Generar reporte de <https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx> y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.SERVICIOS GENERALES,
ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)

JORGE FERNEY VILLAMIL

CONTABILIDAD

NATALIA STEFFANIA MONTENEGRO

TESORERIA

DIEGO LEONARDO BELTRÁN

COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/
ACADEMICA

BIBLIOTECA

ALEXANDRA VENEGAS

OTRO

OTRO

SUPERVISOR DE CONTRATO

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS:

Firma del Contratista