

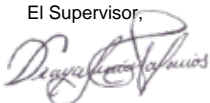


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) DIRECCIÓN GENERAL DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	1		
			Código Centro	101001		
			Fecha Elaboración	Marzo de 2026		
			Versión	ENERO - 1,26		
			ID de Proceso	17766-718240		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: JAVIER FERNANDO LOZANO LARA			Banco a consignar:		BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía 79.538.977			Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico: jlozano@sena.edu.co			Número de Cuenta:		20595695101	
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		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: 8851467/2026		Nº Compromiso SIIF 38126		Número de pagos durante la vigencia del contrato		12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		APOYOS ADM. Y GEST: 9-2026-002400-PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA, PARA APOYAR LA PLANEACIÓN, PROYECCIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES, PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES,				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del 01/03/2026		Al 31/03/2026		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 72.100.000
Número de pago 3				Valor Total del Contrato:		\$ 80.511.667
Valor Bruto Pago:		\$ 7.210.000,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 64.890.000
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 7.210.000		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 7.210.000				\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 4.779.900		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Marzo		Febrero		Base retención en la fuente a titulo de RENTA 4.779.900,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		64109268		Base retención en la fuente a titulo de ICA 6.388.000,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.884.000		\$ 2.884.000		Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 360.500		\$ 360.500		IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 461.500		\$ 461.500		Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA 0,00 15%
ARL I		\$ 15.100		\$ 15.100		Reteica - 8299 - BOGOTÁ 61.708,00 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		\$ 1.593.000				0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 1.766.000						
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
						VALOR A PAGAR \$7.148.292,00
SON: SIETE MILLONES CIENTO CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Obligación 1. Se realiza seguimiento y monitoreo a las metas indicativas de matrículas del programa AMT y SENATEC 2026.						
Obligación 2. Se realiza el apoyo en los requerimientos de los centros y regionales respecto a la ejecución del programa AMT y SENATEC						
Obligación 3. Se elabora y remite orientaciones en la planeación, ingreso y matrícula programa AMT y se elabora y remite cronograma de planeación, ejecución y seguimiento de la formación programa SENATEC para la cohorte II.						
Obligación 4. Se elabora y presenta el informe de segundo semestre 2025 SISCONPES, CONPES No. 4040-indicador 1.41. Se adelanta la actualización nueva versión manual AMT GFPI-M-004. Se participa en la propuesta de temáticas de transferencia metodológica a instructores del programa SENATEC a llevarse a cabo la tercera semana de marzo de 2026.						
Obligación 5. Se participó en mesas de trabajo programa SENATEC para acordar estrategias en el seguimiento de la ejecución formación.						
Obligación 6. Se apoya la proyección de respuesta a la DFP de solicitudes del grupo de administración documental.						
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				<div></div> <div>JAVIER FERNANDO LOZANO LARA EL CONTRATISTA</div>		
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;				<div></div>		
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.				DIANA LUCIA PALACIOS CASALLAS PROFESIONAL G07		
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 CLAUDIA PATRICIA FORERO LONDOÑO DIRECTOR DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL						

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79538977	JAVIER FERNANDO LOZANO LARA		carrera 74 No. 76-71 apto 316 interior 4	3165250679	jaferlozano@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		64109268	06/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$837.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	360.500	0		0		0	0	0	0	360.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	461.500	0	0	0	0	0	0		461.500	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	15.100				15.100	0	0	15.100			151	15.100	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	360.500	360.500
Pensión	1	461.500	461.500
Riesgos Laborales	1	15.100	15.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	837.100	837.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79538977	JAVIER FERNANDO LOZANO LARA		carrera 74 No. 76-71 apto 316 interior 4	3165250679	jaferlozano@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		64109268	06/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$837.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludado	Extranjero	Colomb. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TRP	USP	SN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	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	Clase de Rango	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 79538977	LOZANO LARA JAVIER FERNANDO	59	0			N							X									25-14	2.884.000	30	461.500	0	0	0	0	EPS005	2.884.000	30	360.500	14-23	2.884.000	30	1	15.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA