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 CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

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

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Junio de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**76816-004162**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JHON WILMAR RIOS MARTINEZ	**Banco a consignar:**	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	11.801.715	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	wjrios@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	530900062
IP/Nº de contacto:		**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:	9122237/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**23226**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL TITULADA DEL PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA MEDIA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2026**	**Al**	**30/06/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 28.080.000
Número de pago	**5**			**Valor Total del Contrato:**	$ 46.332.000
Valor Bruto Pago:			**$ 4.680.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 23.400.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.680.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.680.000**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.102.600**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9504943216**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.872.000	$ 1.872.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 234.000	$ 234.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 299.600	$ 299.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.800	$ 9.800
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$34.479.550	$ 1.034.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.028.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.102.600,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.146.400,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551 - QUIBDO	8.293,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	70.200,00	1,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.601.507,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS UN MIL QUINIENTOS SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACTICIDADES PARA EL MES DE JUNIO 2026: Las actividades desarrolladas para el mes de JUNIO fueron desarrolladas con estas fichas de formación tituladas: 3216468, 3190999, 3469605 y 3469591 y complementaria con número de ficha 3546993

cosecharon y acopiaron los productos de acuerdo con la normatividad técnica pertinente a la variedad y política de la empresa

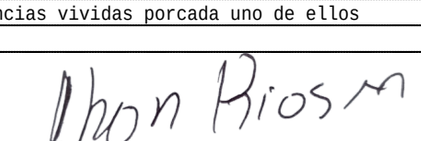
Atendieron las actividades de reproducción según protocolo reproductivo de la empresa

Reconocieron y adecuaron instalaciones, maquinaria y equipo a utilizar según la etapa productiva de la especie

Dieron a conocer las novedades nutricionales, sanitarias y reproductivas identificadas en el proceso, para su respectivo análisis y posterior tratamiento. aplicaron criterios técnicos para la planeación de implementación de buenas prácticas agrícolas en el sistema productivo según normativa y especialmente para las musaceae identificaron los recursos físicos, humanos y documentales requeridos para la implementación de buenas prácticas agrícolas según normativa y experiencias vividas porcada uno de ellos

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



JHON WILMAR RIOS MARTINEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,



ELSA INES ROMAÑA ROMAÑA
INSTRUCTOR G15

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
CARMEN STRELLA ARBOLEDA VELASQUEZ
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11801715		RIOS MARTINEZ JHON WILMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL. 21 # 1-21 BR EL POBLADO	QUIBDO-CHOCO	6730951	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	04943216	9504943216	I	2026/06/04	2026/06/11	BANCO AV VILLAS	7	$556,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,872,000	$299,600			$1,872,000	$234,000			$0	$0			$1,872,000	$19,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,872,000	$299,600			$1,872,000	$234,000			$0	$0			$1,872,000	$19,600		$0	$0
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					$1,872,000	$299,600			$1,872,000	$234,000			$0	$0			$1,872,000	$19,600		$0	$0
1	CC	11801715 RIOS JHON	25-14	30	$1,872,000	$299,600	EPS037	30	$1,872,000	$234,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,872,000	$19,600	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,872,000	$299,600			$1,872,000	$234,000			$0	$0			$1,872,000	$19,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11801715		RIOS MARTINEZ JHON WILMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL. 21 # 1-21 BR EL POBLADO	QUIBDO-CHOCO	6730951	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	04943216	9504943216	I	2026/06/04	2026/06/11	BANCO AV VILLAS	7	$556,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$299,600	$1,600	$0	$301,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$299,600	$1,600	$0	$301,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,600	$200	$0	$19,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,600	$200	$0	$19,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$234,000	$1,200	$0	$235,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$234,000	$1,200	$0	$235,200
TOTAL				**1**	**$553,200**	**$3,000**	**$0**	**$556,200**

AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASIST

Número identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
11801715	556.200.

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 9 5 0 4 9 4 3 2 1 6

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año ____ Mes ____

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-083-V2

```
AVV 530 20260610 15:25 SC 969  LINEA   I
VR PAGADO:      556,200.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:9504943216                    0
ID:11801715
Fecha Aplicación:20260611   PIN:152512
Estimado cliente: Verifique los datos d
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

Powered by CamScanner