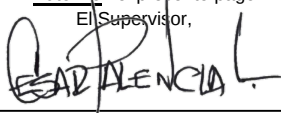


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL SANTANDER CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	68		
			Código Centro	954610		
			Fecha Elaboración	Junio de 2026		
			Versión	ENERO - 1,26		
			ID de Proceso	85858-067253		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ		Banco a consignar: DAVIVIENDA				
Cédula de Ciudadanía 27.984.199		Tipo de cuenta: AHORROS				
Correo electrónico: patriciagonzalezgomez9@gmail.com		Número de Cuenta: 048600062631				
IP/N° 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: Ninguno						
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%						
DATOS DEL CONTRATO						
N° del contrato:	9202547/2026	N° Compromiso SIIF	17826	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR FPI EN EL PROGRAMA DE DESPLAZADOS Y POBLACIÓN VULNERABLE; SEGÚN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS.				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 29.856.384	
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 48.050.118	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.665.060,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 25.191.324	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.665.060		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		\$ 4.665.060			\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.085.660		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Junio	Mayo	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.085.660,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	8641597801	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.665.060,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.866.024	\$ 1.866.024	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 233.300	\$ 233.300	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 298.600	\$ 298.600	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL II		\$ 19.500	\$ 19.500	Reteica - 8543 - VELEZ	9.330,00	0,200%
		\$ -			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% \$37.927.505		\$ 1.028.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 4.163.000				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		VALOR A PAGAR	\$4.655.730,00	
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS TREINTA PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Impartir formación Ficha 3538897 Programa Elaboracion de alimentos balanceados para aves de corral según parámetros técnicos 48 horas Municipio de Guepsa.						
Impartir formación Ficha 3540843 Programa Elaboración de concentrados 40 horas Vereda Alto del Tigre municipio de Bolívar.						
Impartir formación Ficha 3552173 Programa Elaboracion de alimentos balanceados para aves de corral según parámetros técnicos 48 Horas. Municipio de Florián.						
EDT Capacitacion en manejo de dietas alimenticias. Corregimiento de a Hermosura, municipio de Bolívar. 8 horas						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				 ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ EL CONTRATISTA		
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						
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				 CESAR FERNANDO PALENCIA LOPEZ INSTRUCTOR G12		
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.						
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 JAVIER GONZALEZ FRANCO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-27984199
SUCURSAL	2
FECHA PAGO	2026-06-18
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-27984199
NOMBRE EMPLEADO	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	8641597801
REFERENCIA PAGO(PIN)	8629642608
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2026-05
PERÍODO SALUD	2026-05
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	1454101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sin inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.866.024	0,1600000	\$ 298.600	\$ 0	\$ 0	\$ 298.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.866.024	0,1250000	\$ 233.300	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.866.024	0,0104400	\$ 19.500	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligat ori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 298.600	\$ 233.300	\$ 19.500	\$ 0	\$ 551.400



RAZÓN SOCIAL :	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-27984199
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	2
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	27984199
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-06-24
FECHA DE PAGO:	2026-06-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-05
PERÍODO SALUD:	2026-05
NÚMERO PLANILLA:	8641597801
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8629642608
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.866.024	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 233.300	\$ 233.300
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.866.024	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 298.600	\$ 298.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.866.024	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 19.500	\$ 19.500
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 551.400	\$ 551.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/07/2026
----------------------------------	------------