

 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 CUNDINAMARCA CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional Código Centro Fecha Elaboración Versión ID de Proceso	25 923210 Julio de 2026 ENERO - 1,26 22617-492918
	DATOS DEL CONTRATISTA			
	Nombres y apellidos: DANIEL FELIPE ARIAS MEDINA Cédula de Ciudadanía 1.010.224.535 Correo electrónico: dfariasmedina@hotmail.com IP/Nº de contacto: Inducción SST: SI Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Banco a consignar: BANCOLOMBIA Tipo de cuenta: AHORROS Número de Cuenta: 17200001193 Presta Servicios Excluidos de IVA: NO Pertenece al régimen simple de tributación: NO 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: 8965042/2026 OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Nº Compromiso SIIF 7726 Número de pagos durante la vigencia del contrato 10 Prestar servicios profesionales de manera temporal y con total autonomía, como instructor del programa "Articulación con la Educación Media", con el objetivo de satisfacer las demandas de formación técnica, en conformidad con el perfil profesional solicitado en el diseño curricular para llevar a cabo los programas ofrecidos por el Centro Industrial y de Desarrollo Empresarial de		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/07/2026 Al 31/07/2026 Número de pago 6 Valor Bruto Pago: \$ 4.737.496,00		Saldo Anterior del Contrato: \$ 23.687.480 Valor Total del Contrato: \$ 47.374.960 Nuevo Saldo del Contrato: \$ 18.949.984		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.737.496 Ingresos por comisiones \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.737.496 BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 3.140.496		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas 0,00% Retención en la Fuente del Periodo \$ 0 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 Ingreso Base de Cotización - IBC Aporte obligatorio a seguridad social salud Aporte obligatorio a seguridad social Pensión Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional ARL I 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 Renta Exenta 25% Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. Retención en la Fuente Contingente		Julio ----- \$ 1.894.998 \$ 236.900 \$ 303.200 \$ - \$ 9.900 \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ 837.984 \$ 34.479.550 \$ 5.235.000 \$	Junio 93052530 \$ 1.894.998 \$ 236.900 \$ 303.200 \$ 0 \$ 9.900 \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ 1.047.000 \$	
		Base retención en la fuente a título de RENTA 3.140.496,00 Base retención en la fuente a título de ICA 4.197.396,00 Valor base IVA 0,00 IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19% Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00% Menos Retención IVA 0,00 15% Reteica - 8299 - SOACHA 25.184,00 0,600% - 0,00 0% - 0,00 0% - 0,00 0% - 0,00 0% Otras Retenciones 0,00 0,000% Otras Retenciones 0,00 0,000% Otras Retenciones 0,00 0,000% Otras Retenciones 0,00 0,000% Otras Retenciones 0,00 0,000% Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00 VALOR A PAGAR \$4.712.312,00	TARIFA	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS MC/TE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Participar en las reuniones agendadas por la Coordinación de Articulación con la media, para la planeación de la formación 2026. Actualización y/o elaboración de Batería del programa; matriz de correlación guías de aprendizaje, línea de tiempo, planeación pedagógica Ejecución de la formación según programación. Emitir juicios de evaluación en plataforma. Realizar novedad del aprendiz; deserción, traslado y retiro voluntario según los formatos correspondientes. Inicio etapa práctica grado décimo. Participar en la planeación y elaboración de las fichas técnicas para la adquisición de materiales de formación. Presentar cuenta de cobro de acuerdo con los lineamientos requeridos por la Coordinación. Participación de las actividades asignadas por la Coordinación Articulación de la Media Técnica				
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				
		 DANIEL FELIPE ARIAS MEDINA EL CONTRATISTA		
CERTIFICACIÓN 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, JOSE FERNANDO LOPEZ RODRIGUEZ INSTRUCTOR G20		
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 ARGEMIRO CELIS CASTRO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1010224535	DANIEL FELIPE ARIAS MEDINA	Cra 81g # 52 a - 36 sur	3164101647	dariasmedina@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 (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC	
		93052530	30/06/2026	1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR		
2026-06	2026-06	1	\$0	\$550.000		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsidencia	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		Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor FSP - Cotización	Fondo Solidaridad
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.900	No. Autorización	Valor	9.900	0	0	99

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre								
	NIT								

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

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010224535	DANIEL FELIPE ARIAS MEDINA		Cra 81g # 52 a - 36 sur	3164101647	dliarasmolina@hotmail.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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD UPIC
		93062530	30/06/2026	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR
2026-06	2026-06	I	\$0	\$550.000

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]