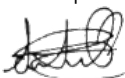


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	25
	REGIONAL CUNDINAMARCA		Código Centro	951310
	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA		Fecha Elaboración	Julio de 2026
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 1,26
			ID de Proceso	22919-128821
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: ELIECER LEANDRY ROBLES PINTO		Banco a consignar:	BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía 84.087.447		Tipo de cuenta:	AHORROS	
Correo electrónico: eroblesp@sena.edu.co		Número de Cuenta:	65258565775	
IP/Nº de contacto: 3002060831		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	SI	
¿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				
Nº del contrato: 8974579/2026		Nº Compromiso SIIF 11026	Número de pagos durante la vigencia del contrato 11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS QUE CONFORMAN LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/07/2026 Al 31/07/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 25.582.484		
Número de pago 6		Valor Total del Contrato: \$ 48.796.219		
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 20.844.987		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.737.497		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 \$ 4.737.497		\$ 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				
		Julio	Junio	Base retención en la fuente a título de RENTA 3.140.497,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	8392986535	Base retención en la fuente a título de ICA 4.197.397,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900	\$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200	\$ 303.200	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		\$ 9.900	\$ 9.900	Reteica - 8299 - CHIA 33.579,00 0,800%
		\$		- 0,00 0%
		\$		- 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		\$ 1.047.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 5.127.000				
Retención en la Fuente Contingente \$				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
VALOR A PAGAR \$4.703.918,00				
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
FICHA. NOMBRE DEL PROGRAMA:				
3317598. CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS.				
3235442. TECNOLOGÍA EN COORDINACIÓN DE HOTELERIA Y TURISMO.				
3411428. CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS.				
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				
				
ELIECER LEANDRY ROBLES PINTO EL CONTRATISTA				
CERTIFICACION 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,				
				
SERGIO ANIBAL ORTEGON BEDOYA INSTRUCTOR G17				
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 GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ELIECER LEANDRY ROBLES PINTO
No. Identificación: CC84087447
Dirección: CRA 14 # 149 - 80
Telefono: 5410036
Correo: elirobles28@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8392986535

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ELIECER LEANDRY ROBLES PINTO	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC84087447	Periodo de Cotización Salud	junio de 2026
Número de planilla	8392986535	Periodo de Cotización Pensión	junio de 2026
Fecha pago	2026-07-08	Número de Administradoras	4
Número de autorización pago	93006722	Total Pagado	561400
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	9900	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	303200	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	11400	1
EPS005	Sanitas EPS	236900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 84087447
APELLIDOS Y NOMBRES: ELIECER LEANDRY ROBLES PINTO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230201	1895000	1895000	1895000	1895000	236900	0	303200	0	9900	11400