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 CESAR

CENTRO BIOTECNOLÓGIOCO DEL CARIBE-CESAR

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

Código Regional	**20**
Código Centro	**911410**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**51085-009661**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	KELVIN ENRIQUE FUENTES BARROS	**Banco a consignar:**	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	77.174.849	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	kefuentesb@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	842716495
IP/Nº de contacto:	53229	**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:	9140833/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**12126**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A POBLACIÓN VICTIMA DEL DESPLAZAMIENTO POR LA VIOLENCIA DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA CENTRO BIOTECNOLOGICO DEL CARIBE

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2026 Al 30/09/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 7.895.828
Número de pago	**8**	**Valor Total del Contrato:**	$ 37.899.976
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 3.158.331

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	**$ 2.777.847**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9509986592**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.777.847,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	II	$ 19.800	$ 19.800	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8299	0,00	0,000%
		$		-	0,00	0,000%
		$		-	0,00	0,000%
		$		-	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0,000%
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		$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 31.031.595	$ 926.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.003.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.737.497,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA 1.IMPARTIR FORMACION COMPLEMENTARIA EN HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS 3612634, EN EL MUNICIPIO DE AGUSTIN CODAZZI EN AGUSTIN CODAZZI CASA ABUELO . DE LUNES A VIERNES DESDE LAS 08:00 HORAS HASTA LAS 12:00 HORAS DEL 2 DE SEP AL 12 DE SEPTIEMBRE

FICHA 2.IMPARTIR FORMACION COMPLEMENTARIA EN DETERMINAR PUNTOS CRITICOS DE CONTROL EN LA PRODUCCION DE ALIMENTOS 3612641 EN EL MUNICIPIO DE CODAZZI CASA ABUELO DE LUNES A VIERNES DESDE 14:00 HORAS HASTA LAS 18:OO HORAS DEL 2 DE SEP AL 15 DE SEPTIEMBRE DEL 2026

FICHA 3.IMPARTIR FORMACION COMPLEMENTARIA EN HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS 3624714, EN EL MUNICIPIO DE AGUSTIN CODAZZI EN AGUSTIN CODAZZI CASA ABUELO . DE LUNES A SABADO DESDE LAS 08:00 HORAS HASTA LAS 12:00 HORAS DEL 17 DE SEP AL 30 DE SEPTIEMBRE

FICHA 4.IMPARTIR FORMACION COMPLEMENTARIA EN DETERMINAR PUNTOS CRITICOS DE CONTROL EN LA PRODUCCION DE ALIMENTOS 3624784 EN EL MUNICIPIO DE CODAZZI CASA ABUELO DE LUNES A VIERNES DESDE 14:00 HORAS HASTA LAS 18:OO HORAS DEL 22 DE SEP AL 5 DE OCTUBRE DEL 2026

RESULTADOS DE APRENDISAJE: APLICACION DE BPM BAJO NORMATIVIDAD VIGENTE , APLICACION DE METODOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION

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



KELVIN ENRIQUE FUENTES BARROS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

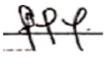
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



LEONOR DUARTE NORIEGA
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

CARLOS ALBERTO GUTIERREZ DEPINERES ROCHA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

17/09/26 09:24:05 USUARIO: SIC - C.C. 77174849

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 77174849		FUENTES BARROS KELVIN ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 20 12C 34	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	5765998	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	656345558	9509986592	I	2026/09/10	2026/09/15	BANCO DAVIVIENDA	5	$562,100

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)					$1,894,998	$303,200			$1,894,998	$236,900			$0	$0			$1,894,998	$19,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,894,998	$303,200			$1,894,998	$236,900			$0	$0			$1,894,998	$19,800		$0	$0
Ciudad: AGUSTIN CODAZZI Depto: CESAR (1 Afiliados)					$1,894,998	$303,200			$1,894,998	$236,900			$0	$0			$1,894,998	$19,800		$0	$0
1	CC 77174849	FUENTES KELVIN	25-14	30	$1,894,998	$303,200	EPS017	30	$1,894,998	$236,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,894,998	$19,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,894,998	$303,200			$1,894,998	$236,900			$0	$0			$1,894,998	$19,800		$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 77174849		FUENTES BARROS KELVIN ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 20 12C 34	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	5765998	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	656345558	9509986592	I	2026/09/10	2026/09/15	BANCO DAVIVIENDA	5	$562,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$303,200	$1,200					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$303,200	$1,200	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,800	$100					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,800	$100	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$900					$0	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$236,900	$900	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$559,900	$2,200	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$304,400
$304,400
$19,900
$19,900
$237,800
$237,800
$562,100

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 77174849		FUENTES BARROS KELVIN ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 20 12C 34	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	5765998	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	665109356	9511229304	N	2026/09/10	2026/09/18	BANCO DAVIVIENDA	8	$3,300

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)						$10,000	$1,600			$10,000	$1,300			$0	$0			$10,000	$100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$10,000	$1,600			$10,000	$1,300			$0	$0			$10,000	$100		$0	$0
Ciudad: AGUSTIN CODAZZI Depto: CESAR (1 Afiliados)						$10,000	$1,600			$10,000	$1,300			$0	$0			$10,000	$100		$0	$0
1	CC	77174849	FUENTES KELVIN	25-14	30	($1,894,998)	($303,200)	EPS017	30	($1,894,998)	($236,900)		0	$0	$0	14-23	30	($1,894,998)	($19,800)	0	$0	$0
2	CC	77174849	FUENTES KELVIN	25-14	30	$1,904,998	$304,800	EPS017	30	$1,904,998	$238,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,904,998	$19,900	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$10,000	$1,600			$10,000	$1,300			$0	$0			$10,000	$100		$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 77174849		FUENTES BARROS KELVIN ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 20 12C 34	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	5765998	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	665109356	9511229304	N	2026/09/10	2026/09/18	BANCO DAVIVIENDA	8	$3,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,600	$100					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,600	$100	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$100	$100					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$100	$100	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,300	$100					$0	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$1,300	$100	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$3,000	$300	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$1,700
$1,700
$200
$200
$1,400
$1,400
$3,300