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	**Setiembre de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**04442-114057**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ELKIN CUESTA BLANDON	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	11.807.270	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cuestab@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	578673154
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:	9129017/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**24726**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACION DE INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR, DESARROLLAR Y EVALUAR LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL (FPI) DE LOS APRENDICES EN LAS TRANSVERSALES

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2026 Al 30/09/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 5.493.839
Número de pago	**8**	**Valor Total del Contrato:**	$ 43.401.328
Valor Bruto Pago:	**$ 5.493.839,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.493.839	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	**$ 5.493.839**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.171.939**	**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		----------	**4664228102**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.171.939,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.197.536	$ 2.197.536	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.867.439,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 274.700	$ 274.700	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 351.700	$ 351.700	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 I		$ 11.500	$ 11.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8551 - QUIBDO	9.735,00	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		$ 352.000		Pro Utch	82.408,00	1,500%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ 275.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 27.583.640	$ 1.057.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.278.000					
Retención en la Fuente Contingente		$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	**$5.401.696,00**	

SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaboracióndela programación del curso. Diseñodeguía de aprendizaje alineada a resultados

Desarrollo de la formación

Se orientò a los aprendices en el proceso de la ruta de certificación.

Organizacióndel Portafolio, plan de trabajo concertado,guías,controlde asistencia.

Evaluación de talleres: estudio de mercado, costos y presupuestos, plan de marketing, pitch empresarial. Registro de calificaciones

Se brindó información con especificaciones de los programas a los aprendices.

Elaboración y envío de informe mensual correspondiente al mes de SEPTIEMBRE de las actividades de formación, horas ejecutadas

Participación en reuniones, capacitaciones y actividades complementarias que refuercen el cumplimiento de las obligaciones.

Se hace entrega de la programación correspondiente al mes de septiembre

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

ELKIN CUESTA BLANDON
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,

CHRISTIAM RIVÀS DEL TORO
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

CARMEN STRELLA ARBOLEDA VELASQUEZ

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

18/09/26 09:01:45 USUARIO: SIC - C.C. 11807270

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Soi

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	
CODIGO MUNICIPIO:	
DIRECCIÓN:	
TIPO APORTANTE:	DEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)	

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: 11807270
QUIBDO
CLL 45 BRR BUENOS AIRES # 12 50
02-INDEPENDIENTE
ELKIN CUESTA BLANDON
CHOCO
7777777
1-INDEPENDIENTE
Otros trámites de adicio
NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	46642228102
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SIS DE MORA:	MES agosto AÑO 2026
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2026/08/17
TIPO DE PLANILLA:	I
PERIODO COTIZACION SALUD:	MES agosto AÑO 2026
NUMERO AUTORIZACIÓN:	9999999999

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS	FSP			MORA		TOTALES		
	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 352.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 300	$ 0	$ 352.000	$ 300	$ 352.300
SUBTOTALES:										$ 352.000	$ 300	$ 352.300

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1							$ 275.000		$ 300		$ 275.000	$ 300	$ 0	$ 275.300
SUBTOTALES:				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 275.000	$ 300	$ 0	$ 275.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1						$ 11.500	$ 11.500	$ 100	$ 0	$ 11.600
SUBTOTALES:				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 11.500	$ 100	$ 0	$ 11.600

DATOS DEL COTIZANTE | **NOVEDADES** | **LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EL EXTERIOR	ESTRANJERO PENSIONADO EN COLOMBIA	IRET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
CC 11807270	CUESTA BLANDON ELKIN	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS			$ 2.200.000		NO															

		PENSIÓN								SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
				FSP			APORTES VOLUNTARIOS							SALUD					ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP	MINCULTUR
ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	AFILIADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.200.000	$ 352.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 352.000	EPS CM	30	$ 2.200.000	$ 275.000	$ 0	$ 275.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.200.000	11807270	$ 11.500		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

TOTAL PAGADO: $ 639.200

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11807270
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ELKIN CUESTA BLANDON
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	CLL 45 BRR BUENOS AIRES # 12	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4664228102**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/09/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998087635

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 352.300
SUBTOTAL:			1	**$ 352.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 275.300
SUBTOTAL:			1	**$ 275.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 11.600
SUBTOTAL:			1	**$ 11.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 638.500**
VALOR MORA:	**$ 700**
TOTAL PAGADO:	**$ 639.200**

Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.693-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9659371117 DV: 446129
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 17/09/2026 16:28:39
PAP: 905924
Identificacion: 11807270
Nombre: ELKIN
Apellido 1: CUESTA
Apellido 2: BLANDON
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3333333333
Codigo Planilla: 466422810 2
Periodo Pago: 2026/08
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 11807270 Valor: $639.200,00

Valor recibido: $639.200,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
Celular: 300 913 9161
WhatsApp Efecty: 321 235 5316
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co