**FORMATO PARA LIQUIDACION PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACION DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

**REGIONAL NORTE DE SANTANDER**
**CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Codigo Regional** | - |
| **Codigo Centro** | - |
| **Fecha Elaboracion** | Octubre de 2026 |
| **Version** | ENERO - 1 |
| **ID de Proceso** | 33112-007973 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ERIKA YELITZA MENDEZ IBARRA | **Banco a consignar:** | SCOTIABANK COLPATRIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 60.365.224 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | eymendez@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 1362020578 |
| **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 IVA | **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?** | **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:** | **9112031/2026** | **Nº Compromiso SIIF** | **43226** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | **12** |
| **OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)** | CO1.PCCNTR.9112031 7 CONTRATACIÓN DE APOYOS ADMINISTRATIVOS Y DE GESTIÓN: CPE NO. 54-9-2026-000696 OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN DE CARÁCTER TEMPORAL EN | | | | |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/10/2026** | **Al** | **31/10/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 10.394.856 |
| **Número de pago** | 10 | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 49.575.468 |
| **Valor Bruto Pago:** | $ 4.797.626 | | | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 5.597.230 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.797.626 | Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas de trabajo | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retención en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.797.626** | - | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.820.763** | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | $ 0 |

## LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACION DEL NETO A PAGAR

| | Octubre | Septiembre | | | TARIFA |
|---|---|---|---|---|---|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicacion pago SS | ---------- | 95391168 | Base retencion en la fuente a titulo de RENTA | 2.820.763,00 | |
| Ingreso Base de Cotizacion - IBC | $ 1.919.050 | $ 1.919.050 | Base retencion en la fuente a titulo de ICA | 4.250.626,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 239.900 | $ 239.900 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pension | $ 307.100 | $ 307.100 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ - | Menos Retencion en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL | $ 10.100 | $ 10.100 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| | $ - | 0 | Reteica - 8299 - CUCUTA | 0,00 | - |
| | $ - | 0 | | 0,00 | 0% |
| | $ - | 0 | | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | - | | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | $ - | - | Estampilla Departamental | 95.953,00 | 2,000% |
| 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 | $ 479.763 | - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 41.375.460 | $ 940.000 | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 7.721.000 | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retencion en la Fuente Contingente | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 4.701.673,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS UNO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Se realizó planeación de las actividades a desarrollar durante el mes de octubre de 2026
2.Se participó en los espacios de encuentros de revisión y seguimiento a instructores relacionada con las evidencias del Portafolio
3.Se realizó planeación y seguimiento a Instructores en la actividad: Portafolios del Instructor compartidos en el drive.
4.Se registraron en aplicativo sofia plus la programación de los eventos de 43 instructores asignados y 5 instructore convenio SENATIC
5.Revisión y envío a firma de supervisor de 43 cuentas de cobro y agendas de desplazamiento de Instructores asignados
6.Revisión y respuestas a correos por solicitudes de IE y de Instructores asignados durante el mes.
7.Atención presencial en Oficina y telefónicamente a 43 instructores asignados.-Atencion a seguimiento por parte Direcció
8.Apoyo a la Coordinación académica en la elaboración de acta, resoluciones y gestión documental
9.Las demás asignada por el jefe inmediato.

**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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

Erika Yelitza Mendez I.

**ERIKA YELITZA MENDEZ IBARRA**
**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 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

Firmado digitalmente por Alba Gisela Araque Orozco
Fecha: 2026.10.15 14:47:22 -05'00'

**ALBA GISELA ARAQUE OROZCO**
**INSTRUCTOR**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**
**ORDENADOR DEL GASTO**
**NELCY MOGOLLÓN BUENO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | ERIKA YELITZA MENDEZ IBARRA | **NIT:** | 60365224 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | septiembre 2026 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | septiembre 2026 |
| **Número de Radicación:** | 95391168 | **Total a pagar:** | $567,200 |
| **Fecha de vencimiento:** | 07/10/2026 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 05/10/2026 | **Número de Administradoras:** | 3 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de Pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | DAVIbank S.A. | **Número Autorización:** | 713016949 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | | $0 | $10,200 |
| 231001 | 800227940 | Colfondos | 1 | | $0 | $312,700 |
| EPS037 | 900156264 | Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS | 1 | | $0 | $244,300 |
| | | | | | | $567,200 |

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información