**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 CÓRDOBA**
**CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL PORVENIR**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Codigo Regional** | 23 |
| **Codigo Centro** | 911510 |
| **Fecha Elaboracion** | Octubre de 2026 |
| **Version** | ENERO - 1 |
| **ID de Proceso** | 17059-305566 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | MAYORLY CARDENAS PRECIADO | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.102.833.786 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | m.cardenas@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 55019921271 |
| **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** | 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:** | **9288035/2026** | **Nº Compromiso SIIF** | **41326** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | **10** |
| **OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)** | SERVICIOS PERSONALES: CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL CABP. | | | | |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/10/2026** | **Al** | **31/10/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 9.474.994 |
| **Número de pago** | 9 | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 47.374.970 |
| **Valor Bruto Pago:** | $ 4.737.497 | | | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 4.737.497 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.737.497 | 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** | **$ 4.737.497** | - | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.133.597** | 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 | ---------- | 4665310279 | Base retencion en la fuente a titulo de RENTA | 3.133.597,00 | |
| Ingreso Base de Cotizacion - IBC | $ 1.894.999 | $ 1.894.999 | Base retencion en la fuente a titulo de ICA | 4.197.397,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 236.900 | $ 236.900 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pension | $ 303.200 | $ 303.200 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ - | Menos Retencion en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL | $ 19.800 | $ 19.800 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| | $ - | 0 | Reteica - 8299 - MONTERIA | 8.395,00 | 0,200% |
| | $ - | 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 | $ - | - | 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% | $ 34.479.550 | $ 1.044.000 | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 8.352.000 | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retencion en la Fuente Contingente | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 4.729.102,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL CIENTO DOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ASISTIR A REUNIONES
IMPARTIR FORMACION INTEGRAL EN LA FICHA 3466191
IMPARTIR FORMACION EN LA FICHA 3466284

**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.

**MAYORLY CARDENAS PRECIADO**
**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,

**SILVA RAMOS JESUS DAVID**
**SUPERVISOR**

**Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:**
**ORDENADOR DEL GASTO**
**ANDRES RICARDO FUENTES DIAZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

## SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1102833786

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre ó Razón Social | MAYORLY CARDENAS PRECIADO | | |
| Tipo Identificación | CÉDULA DE CIUDADANÍA | Número de Identificación | 1102833786 |
| Ciudad/Municipio | SINCELEJO | Departamento | SUCRE |
| Dirección | CALLE 13A N 28-33 | Teléfono | 2222222 |
| Tipo Empresa | PRIVADA | Actividad Económica | Actividades reguladoras y facilitadoras |
| Tipo Aportante | 02-INDEPENDIENTE | Clase Aportante | I-INDEPENDIENTE |
| Forma Presentación | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Número Planilla | **4665310279** | Tipo de Planilla | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotización Otros | septiembre / 2026 | Periodo Cotización Salud | septiembre / 2026 |
| Dias de Mora | 0 | Fecha Pago | 2026/10/14 |
| Número Autorización | 9998338206 | | |

### INFORMACIÓN BÁSICA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres | MAYORLY | Apellidos | CARDENAS PRECIADO |
| Tipo de Identificación | CC | Número de Identificación | 1102833786 |
| Tipo cotizante | INDEPENDIENTE CONTRATO | Subtipo Cotizante | |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior | NO | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) : | | | NO |
| Departamento | SUCRE | Municipio | SINCELEJO |
| Salario Básico | $ 1.895.000 | Tipo de Salario | |

### NOVEDADES

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

### APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

| PENSIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| Dias | 30 | Administradora | 25-14 COLPENSIONES |
| Tarifa | 16,000 % | IBC | $ 1.895.000 |
| FSP - Solidaridad | $ 0 | Cotización Obligatoria | $ 303.200 |
| Aportes Voluntarios Empleador | $ 0 | FSP - Subsistencia | $ 0 |
| Indicadador tarifa especial | Normal | Aportes Voluntarios Cotizante | $ 0 |
| | | **Total Aporte** | **$ 303.200** |

| SALUD | | | |
|---|---|---|---|
| Dias | 30 | Administradora | MUTUAL SER EPS-S |
| Tarifa | 12,500 % | IBC | $ 1.895.000 |
| Nro Incapacidad por Enf. General | | Cotización Obligatoria | $ 236.900 |
| Nro Licencia de Maternidad | | Valor | $ 0 |
| Valor ADRES | $ 0 | Valor | $ 0 |
| | | **Total Aporte** | **$ 236.900** |

| RIESGOS PROFESIONALES | | | |
|---|---|---|---|
| Dias | 30 | Administradora | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Clase de Riesgo | II | IBC | $ 1.895.000 |
| Centro de Trabajo | 110283378 | Tarifa | 1,044 % |
| | | **Total Aporte** | **$ 19.800** |

| **TOTAL PAGADO:** | **$ 559.900** |
|---|---|

Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

| | |
|---|---|
| No. OS: 9662680150 | DV: 168183 |
| Cliente: | 110263 PILA RECAUDO |
| Fecha: | 14/10/2026 08:29:03 |
| CAP: | 905209 |
| Identificacion: | 1102833786 |
| Nombre: | MAYORLIS |
| Apellido 1: | CARDENAS |
| Apellido 2: | NAA |
| TIPO DOCUMENTO: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| TELEFONO: | 142533666 |
| Codigo Planilla: | 4665310279 |
| Periodo Pago: | 2026/09 |
| Valor Comision: | 0 |
| Valor Iva Comision: | 0 |

Referencia: 1102833786Valor: $559.900,00

Valor recibido: $559.900,00

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