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	54
Codigo Centro	953710
Fecha Elaboracion	Octubre de 2026
Version	ENERO - 1
ID de Proceso	16168-355638

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DANIELA AMPARO OJEDA AVELLANEDA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.090.480.575	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dojeda@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	82453128578
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:	**8897223/2026**	**Nº Compromiso SIIF**	**51026**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	**10**
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	CO1.PCCNTR.8897223 8 CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES: CPE NO. 54-9-2026-000786 OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA O COMPLEMENTARIA EN LOS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES EN EL PROGRAMA DE				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2026**	**Al**	**30/09/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 14.212.491
Número de pago	8			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:			$ 4.737.497	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 9.474.994

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	**$ 3.140.497**	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

		Septiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicacion pago SS		----------	9512227234
Ingreso Base de Cotizacion - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pension		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ -
ARL	I	$ 9.900	$ 9.900
		$ -	0
		$ -	0
		$ -	0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	-
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	-
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	-
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	-
Dependientes hasta		$ -	-
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.479.550	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.329.000		
Retencion en la Fuente Contingente		$ -	

		TARIFA
Base retencion en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	
Base retencion en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retencion en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - CUCUTA	0,00	-
	0,00	0%
	0,00	0%
	0,00	0%
Estampilla Departamental	94.750,00	2,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 4.642.747,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar servicios de carácter temporal para impartir formación titulada o complementaria en los diferentes niveles y modalidades en el programa de Articulación con la Media Técnica del Centro de la Industria, la Empresa y los Servicios(CIES) Regional Norte de Santander
Planilla de pago seguridad social: 9512227234 mes de agosto
Grupo: 3156172 - 10 horas ; Grupo: 3429966 - 10 horas
Grupo: 3156132 - 10 horas ; Grupo: 3427025 - 10 horas
Grupo: 3156030 - 10 horas ; Grupo: 3428697 - 10 horas
Grupo: 3156149 - 10 horas ; Grupo: 3427912 - 10 horas
Grupo: 3156167 - 40 horas ; Grupo: 3427017 - 40 horas
TOTAL HORAS MES DE SEPTIEMBRE: 160 horas

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.

DANIELA AMPARO OJEDA AVELLANEDA
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 Victor Johan Tarazona Ballesteros
Fecha: 2026.10.21 18:02:55 -05'00'

TARAZONA BALLESTEROS VICTOR JOHAN
INSTRUCTOR G18

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1090480575		DANIELA AMPARO OJEDA AVELLANEDA	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 11n 4a-30 el bosque	CUCUTA-NORTE DE SANTANDER	3223058167	No

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	702175164	9512227234	I	2026/09/16	2026/10/01	BANCOLOMBIA	15	$557,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					$1,900,000	$304,000			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000		$10,000		$0	$0		$551,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,900,000	$304,000			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000		$10,000		$0	$0		$551,500
Ciudad: CUCUTA Depto: NORTE DE SANTANDER (1 Afiliados)																					$1,900,000	$304,000			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000		$10,000		$0	$0		$551,500
1	CC	1090480575	OJEDA DANIELA																	230301	30	$1,900,000	$304,000	EPS042	30	$1,900,000	$237,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,900,000	0.522%	$10,000	0	$0	$0	No	$551,500
Total	**Afiliados(1)**																					$1,900,000	$304,000			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000		$10,000		$0	$0		$551,500

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$304,000	$3,400	$0	$307,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$304,000	$3,400	$0	$307,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,000	$200	$0	$10,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,000	$200	$0	$10,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$237,500	$2,700	$0	$240,200
COOSALUD EPS	EPS042	900,226,715	3	1	$237,500	$2,700	$0	$240,200
TOTAL				**1**	**$551,500**	**$6,300**	**$0**	**$557,800**