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 ANTIOQUIA
CENTRO TECNOLOGICO DE GESTION INDUSTRIAL
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Codigo Regional	5
Codigo Centro	920610
Fecha Elaboracion	Octubre de 2026
Version	ENERO - 1
ID de Proceso	43488-588344

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OSCAR MAURICIO RINCON	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	80.874.538	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	omrincon@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	532594777
IP/Nº de contacto:	-	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
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:	**9132983/2026**	**Nº Compromiso SIIF**	**24626**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	**11**
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES ASIGNADOS, ESTRATEGIA CAMPESENA				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2026** **Al** **31/10/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 12.317.492
Número de pago	9	**Valor Total del Contrato:**	$ 50.059.551
Valor Bruto Pago:	$ 4.737.497	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 7.579.995

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	0,55%
Ingresos por comisiones	$ 3.474.419	Retención en la Fuente del Periodo	$ 27.986
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.211.916**	-	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.122.824**	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 27.986

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

		Octubre	Septiembre			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicacion pago SS		---------	6035148450	Base retencion en la fuente a titulo de RENTA	5.122.824,00	
Ingreso Base de Cotizacion - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Base retencion en la fuente a titulo de ICA	8.211.916,00	
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	27.986,00	0,55%
ARL	II	$ 19.800	$ 19.800	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$ -	0	Reteica - 8559 - SANTA ROSA DE OSOS	41.060,00	0,500%
		$ -	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		$ -	-	Jaime Isaza Cadavid	32.848,00	0,400%
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		$ 821.192	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 1.708.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 10.070.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retencion en la Fuente Contingente		$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 4.635.603,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar, asesorar y acompañar de forma permanente a los aprendices en el desarrollo de las actividades establecidas en la guia
Realizar reconocimiento de aprendizajes previos y estilos de aprendizaje
Acompañar a la población campesina; en la planificación de mejoras de producción familiar
Reportar la información académica y administrativa requerida en el proceso de formación
Programar y reportar a su supervisor de contrato, con una antelación mínima de una semana las formaciones
Emitir juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizaje de las competencias del programa
Participar mensualmente en la reunión de seguimiento operativo del programa convocadas por la coordinación académica
Presentar informe mensual sobre la ejecución de las obligaciones contractuales donde se evidencie el avance a las metas asignadas
Mantener actualizado el Portafolio del instructor, adjuntando los formatos actualizados del sistema integrado de gestión dispuestos
Identificar y conocer detalladamente los procesos y procedimientos relacionados con su objeto contractual.

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.

OSCAR MAURICIO RINCON
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 periodo 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,

Milton E Páez

MILTON EDIMER PAEZ GARCIA
INSTRUCTOR G13

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
ORDENADOR DEL GASTO
RAUL EMILIO OLARTE VARGAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

22/10/26 22:24:18 USUARIO: SIC - C.C. 80874538

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80874538
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSCAR MAURICIO RINCON
CIUDAD/MUNICIPIO:	ANGOSTURA	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	VERDA PAJARITO RIO	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - ABEJA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6035148450**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/10/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		717184051

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		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 303.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 303.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 236.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 236.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909008419	CCF04	CCF04-CCF DE ANTIOQUIA	1	$ 37.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 37.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 19.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 19.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 597.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 597.800**

Planilla Pagada