

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 SANTANDER CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		68		
			Código Centro		912210		
			Fecha Elaboración		19 Noviembre de 2025		
			Versión		ENERO - 2.25		
			ID de Proceso		99938-078008		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:		EMERSON BLANCO CANO		Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL	
Cédula de Ciudadanía		1.102.365.140		Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico:		eblancoca@sena.edu.co		Número de Cuenta:		24055359328	
IP/N° de contacto:				Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI	
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO	
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2024		NO	
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO	
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						NO	
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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							
N° del contrato:		7441576/2025	N° Compromiso SIIF		14725	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL DE ACUERDO CON MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS Y LAS NECESIDADES DEL CASA SENA REGIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA PL 10 MESES Y 08 DIAS VR MES \$4.599.510					
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 7.512.533	
Número de pago	10			Valor Total del Contrato:		\$ 47.221.636	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.510,00			Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 2.913.023	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios		\$ 4.599.510		Ninguno		0,00%	
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.599.510		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.696.859		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.696.859,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	7989007550	Base retención en la fuente a titulo de ICA		4.599.510,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000	\$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400	\$ 294.400	Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL II		\$ 19.300	\$ 19.300	Reteica - 8530 - PIEDECUESTA		13.799,00	0,300%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				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		\$ 459.951		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$36.062.775	\$ 899.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 7.742.000		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR		\$4.585.711,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS ONCE PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Desarrollo de proceso formativo en tecnología en gestión agroempresarial para el grupo 3186109 modalidad virtual, en las competencias de Acondicionar producto agrícola según manual técnico y la competencia de Implementar programa de certificación según estándares y proceso productivo							
Desarrollo de proceso formativo en tecnología en gestión agroempresarial para el grupo 2977262 modalidad virtual, en la competencia controlar labores agrícolas según tipo de cultivo y normativa.							
Desarrollo de proceso formativo en tecnología en gestión agroempresarial para el grupo 3070445 modalidad virtual, en la competencia Implementar acciones estratégicas de mercadeo de acuerdo con segmentos y escenarios del mercado.							
Reuniones de seguimiento a proceso formativo en las diferentes grupos a cargo.							
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							
				EMERSON BLANCO CANO EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,			
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.				SAMIR REYES GOMEZ INSTRUCTOR G20			
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 JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)							



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Piedecuesta, 19 de November de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Piedecuesta

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1.097.501.846	Alejandra Blanco Salazar	HIJO
R.C	1.102.397.772	Aniam blanco Salazar	HIJO

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.



Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

EMERSON BLANCO CANO

FIRMA

Nombre: _Emerson Blanco Cano_

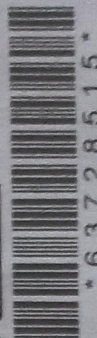
C.C. _1.102.365.140_



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 63728515



* 63728515 *

NUIP 1.102.397.772

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código R O B
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE PIEDECUESTA - COLOMBIA - SANTANDER - PIEDECUESTA...

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido		
BLANCO	SALAZAR		
Nombre(s)			
ANIAM			
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes NOV Día 22	FEMENINO	D	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA SANTANDER EUCARAMANGA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	22114410190001

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SALAZAR BARON JOHANNA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.098.714.207	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BLANCO CANO EMERSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.102.365.140	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BLANCO CANO EMERSON

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.102.365.140	EMERSON BLANCO CANO

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes NOV Día 22	INGRID ROCIO SUAREZ - REGIST

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE
VALIDEZ PERMANENTE

NUIP 1097501846

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 4 3742749

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 08 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código Q 6 E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido BLANCO Segundo Apellido SALAZAR

Nombre(s) ALEJANDRA

Fecha de nacimiento Año 2009 Mes NOV Día 13 Sexo (en letras) Femenino Grupo sanguíneo O Factor RH Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 51975480-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SALAZAR BARON JOHANNA

Documento de identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.714.207

Datos del padre

Apellidos y nombres completos BLANCO CANO EMERSON

Documento de identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.102.365.140

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos BLANCO CANO EMERSON

Documento de identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.102.365.140

Firma

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción Año 2009 Mes DIC Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO

Reconocimiento paterno

Firma

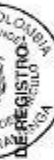
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO

ESPACIO PARA NOTAS

LV. FOLIO 1335/09.

10-7 FEB 2014 La inscripcón fue legitimada por sus padres mediante estatuto civil celebrado el 07/02/2014 según Escrit. P.b. 193 de 14 Not. 8ª deppi registrada bajo el serial 5979205 de fecha 07/02/2014. LV. N.º 297.

DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO
CIRCULO NOTARIAL DE BUCARAMANGA
NOTARIO DE SEGO



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1102365140
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EMERSON BLANCO CANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	PIEDRECUESTA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 5B 1W 46 REFUGIO	TELÉFONO:	6991437
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7989007550	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1917469609

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	\$ 294.400
SUBTOTAL:			1	\$ 294.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 230.000
SUBTOTAL:			1	\$ 230.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 19.300
SUBTOTAL:			1	\$ 19.300

VALOR SIN MORA:	\$ 543.700
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 543.700