



**FORMATO PARA LIQUIDACION 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 | 15 Diciembre de 2025 |
| Versión           | ENERO - 2.25         |
| ID de Proceso     | 64712-308768         |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

|                             |                              |                                                        |            |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|------------|
| <b>Nombres y apellidos:</b> | HENRY LEONARDO QUIROGA AVILA | <b>Banco a consignar:</b>                              | BANCO BBVA |
| <b>Cédula de Ciudadanía</b> | 1.098.675.652                | <b>Tipo de cuenta:</b>                                 | AHORROS    |
| <b>Correo electrónico:</b>  | hlquirogaa@sena.edu.co       | <b>Número de Cuenta:</b>                               | 197856271  |
| <b>IP/N° de contacto:</b>   |                              | <b>Presta Servicios Excluidos de IVA:</b>              | NO         |
| <b>Inducción SST:</b>       | SI                           | <b>Pertenece al régimen simple de tributación:</b>     | NO         |
| <b>Régimen del IVA:</b>     | NO RESPONSABLE               | <b>Es declarante de renta por el año gravable 2024</b> | SI         |

|                                                                                                                                              |              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| ¿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                                                                           | SI           |
| 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      |
| <b>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.</b>                                                                                                    | <b>0,00%</b> |

## DATOS DEL CONTRATO

|                                                                   |              |                                                                                                                                                                                                                                                       |       |                                                  |   |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------------------------------|---|
| Nº del contrato:                                                  | 7239840/2025 | Nº Compromiso SIIF                                                                                                                                                                                                                                    | 72125 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 9 |
| <b>OBJETO CONTRACTUAL:</b><br>(Descripción del servicio prestado) |              | SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN DERECHO DESARROLLO Y APOYO INTEGRAL EN LA GESTION CONTRACTUAL Y CONVENCIONAL DEL CENTRO DE FORMACION INCLUYENDO LA PROYECCION REVISION PL 269 DIAS VR MES \$6.180.000-CESION CONTRATO |       |                                                  |   |

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

|                   |            |    |                 |                              |               |
|-------------------|------------|----|-----------------|------------------------------|---------------|
| Del               | 01/12/2025 | Al | 30/12/2025      | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 6.180.000  |
| Número de pago    | 9          |    |                 | Valor Total del Contrato:    | \$ 55.414.000 |
| Valor Bruto Pago: |            |    | \$ 6.180.000,00 | Nuevo Saldo del Contrato:    | \$ 0          |

### RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

|                                            |                     |                                       |             |
|--------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                    | \$ 6.180.000        | Ninguno                               | 0,00%       |
| Ingresos por comisiones                    | \$ 0                | Retencion en la Fuente del Periodo    | \$ 0        |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ 0                |                                       |             |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>          | <b>\$ 6.180.000</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos      | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>    | <b>\$ 4.087.500</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> | <b>\$ 0</b> |

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

|                                                                                |              | Diciembre    | Noviembre       |                                               |  |                       |        |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------------|-----------------------------------------------|--|-----------------------|--------|
| <b>Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS</b>                              |              | -----        | <b>92188107</b> | Base retención en la fuente a título de RENTA |  | 4.087.500,00          | TARIFA |
| <b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>                                        |              | \$ 2.472.000 | \$ 2.472.000    | Base retención en la fuente a título de ICA   |  | 6.180.000,00          |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                                    |              | \$ 309.000   | \$ 309.000      | Valor base IVA                                |  | 0,00                  |        |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                                  |              | \$ 395.600   | \$ 395.600      | IVA (Si es RESPONSABLE)                       |  | 0,00                  | 19%    |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                            |              | \$ -         | \$ 0            | Menos Retención en la Fuente                  |  | 0,00                  | 0,00%  |
| ARL II                                                                         |              | \$ 25.900    | \$ 25.900       | Menos Retencion IVA                           |  | 0,00                  | 15%    |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes                  |              | \$ -         |                 | Reteica - 8211 - PIEDECUESTA                  |  | 30.900,00             | 0,500% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes                    |              | \$ -         |                 |                                               |  | -                     | 0,00   |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes                      |              | \$ -         |                 |                                               |  | -                     | 0,00   |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                          |              | \$ -         |                 |                                               |  | -                     | 0,00   |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC                                        |              | \$ -         |                 |                                               |  | -                     | 0,00   |
| 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                                                                    | \$ 796.784   | \$ -         |                 | Otras Retenciones                             |  | 0,00                  | 0,000% |
| Renta Exenta 25%                                                               | \$29.505.907 | \$ 1.362.000 |                 |                                               |  | 0,00                  |        |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$10.851.000 |              |                 | Descuentos de embargo (Si tiene)              |  | 0,00                  |        |
| Retención en la Fuente Contingente                                             |              | \$           |                 | <b>VALOR A PAGAR</b>                          |  | <b>\$6.149.100,00</b> |        |

**SON: SEIS MILLONES CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL CIEN PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

|                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| Se realizó los procesos contractuales requeridos por el Centro de Formación |
|-----------------------------------------------------------------------------|

|                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------|
| Se apoyó la evaluación de las ofertas recibidas en los procesos publicados |
|----------------------------------------------------------------------------|

**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

HENRY LEONARDO QUIROGA AVILA  
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.

INGRID SOLANGE SEQUEDA ROJAS  
PROFESIONAL G02

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)

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |              |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|--------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN    | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1098675652        | HENRY LEONARDO QUIROGA AVILA |        | CRA 6 29 36  | 6949000            | less1718@hotmail.com                |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                              |        | SANTANDER    | BUCARAMANGA        |                                     |
|                     |                   |                              |        |              |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                              |        |              |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 09/12/2025               | 92188107        | TOTAL A PAGAR    |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$1.044.800      |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |                 |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-----------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre          | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |                 |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS002        | Salud Total EPS | 800130907-4 | 442.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 442.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 565.800                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 565.800       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 37.000                 |                  |       |                        | 37.000                | 0         | 0                     | 37.000              |                            |                     | 370               | 37.000        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |  |  |  |     |                   |               |
|---------------|--------|--|--|--|-----|-------------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre |  |  |  | NIT | Valor Aporte      | Días Mora     |
|               |        |  |  |  |     | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |
|               |        |  |  |  |     |                   | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 442.000                             | 442.000       |
| Pensión                | 1                              | 565.800                             | 565.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 37.000                              | 37.000        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 1.044.800                           | 1.044.800     |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |              |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|--------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN    | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1098675652        | HENRY LEONARDO QUIROGA AVILA |        | CRA 6 29 36  | 6949000            | less1718@hotmail.com                |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                              |        | SANTANDER    | BUCARAMANGA        |                                     |
|                     |                   |                              |        |              |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                              |        |              |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-12              | 2025-12                           | I             | 09/12/2025               | 92188107        | \$1.044.800   |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                              |           |        |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |     |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |              |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------|--------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                              |           |        |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |          |           | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF       |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres          | Cotizante | Sueldo | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IVA | IVA     | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL      | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1098675652            | QUIROGA AVILA HENRY LEONARDO | 59        | 0      |           |                   | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |     | 25-14    | 3.536.000 | \$65.800   | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS002   | 3.536.000 | 442.000                | 14-23    | 3.536.000    | 2               | 37.000     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                          |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                  |               |                          |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                  |               |                          |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2025-11              | 2025-11                          | I             | 04/11/2025               | 91086485        | \$1.226.800   |     |

| TOTALES SALUD |                 |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-----------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre          | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |                 |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS002        | Salud Total EPS | 800130907-4 | 519.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 519.000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |              |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 664.400                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 664.400       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                           |                  |       |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|---------------------------|------------------|-------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|------------------------|----------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización<br>Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros<br>Sistemas | Valor Neto<br>Cotización | Días<br>Mora | Valor Mora<br>Cotización | Subtotal<br>Cotización | No. Radicado<br>Saldo a Favor | Valor Saldo a<br>Favor | Fondo<br>Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                           | No. Autorización | Valor |                           |                          |              |                          |                        |                               |                        |                      |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 43.400                    |                  |       |                           | 43.400                   | 0            | 0                        | 43.400                 |                               |                        | 434                  | 43.400        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 519.000                             | 519.000       |
| Pensión                | 1                              | 664.400                             | 664.400       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 43.400                              | 43.400        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 1.226.800                           | 1.226.800     |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                              |        |              |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|------------------------------|--------|--------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE             |        | DIRECCIÓN    | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1098675652        | HENRY LEONARDO QUIROGA AVILA |        | CRA 6 29 36  | 6949000            | less1718@hotmail.com                |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL              | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                              |        | SANTANDER    | BUCARAMANGA        |                                     |
|                     |                   |                              |        |              |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                              |        |              |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLADOS      |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2025-11              | 2025-11                           | I             | 04/11/2025               | 91086485        | \$1.226.800   |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                              |           |        |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     |          |                   |            |                      |                      |                                |                                 |              |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|------------------------------|-----------|--------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|-----|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                              |           |        |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |     | SALUD |     |          | RIESGOS LABORALES |            |                      | CCF                  |                                |                                 | PARAFISCALES |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres          | Cotizante | Sueldo | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA   | IVA | Cód. AFP | IBC AFP           | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS     | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1098675652            | QUIROGA AVILA HENRY LEONARDO | 59        | 0      |           | N                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |     |     |     |     |     |       |     | 25-14    | 4.152.000         | 664.400    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS002       | 4.152.000 | 519.000                | 14-23    | 4.152.000 | 2               | 43.400     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA



Versión: 05

Código:  
GTH- F- 074

## Proceso Gestión de Talento Humano

## Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: HENRY LEONARDO QUIROGA AVILA

IDENTIFICACIÓN

|        |              |       |                         |          |           |               |
|--------|--------------|-------|-------------------------|----------|-----------|---------------|
| CIUDAD | PIEDECUUESTA | FECHA | 15 DE DICIEMBRE DE 2025 | REGIONAL | SANTANDER | 1.098.675.652 |
|--------|--------------|-------|-------------------------|----------|-----------|---------------|

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:

CENTRO DE ATENCIÓN AL SECTOR AGROPECUARIO

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.7239840 14 DE ENERO DE 2025

## CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO

☒

CESIÓN

LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO  
ACUERDOTERMINACIÓN  
UNILATERAL

DEPENDENCIA SENA

Marcar  
con x

RESPONSABLES

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

GESTIÓN DE TIC

Edwin Rene Corzo Valdes

ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS

Dubby Solange Angarita Ruiz

ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del  
Contrato en las Regionales y Centros  
de Formación)  
SECRETARÍA GENERAL

N/A

ALMACÉN E INVENTARIOS

Generar reporte de <https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx> y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.SERVICIOS GENERALES,  
ADQUISICIONES (Administración de  
edificio; Contratación)

Dubby Solange Angarita Ruiz

CONTABILIDAD

TESORERÍA

COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/  
ACADEMICA

BIBLIOTECA

Elizabeth Ballesteros

OTRO

OTRO

SUPERVISOR DE CONTRATO

Ingrid Solange Sequeda Rojas

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS :

Firma del Contratista

|                                                                                   |                                                                                                                                          |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|  | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA<br>RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE | Versión: 1.01     |
|                                                                                   |                                                                                                                                          | Fecha: 15.10.2020 |
|                                                                                   |                                                                                                                                          |                   |

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) HENRY LEONARDO QUIROGA AVILA identificado(a) con CC. 1098675652 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 10 de Diciembre de 2025 a las 20:52:14

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.