

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	68	
			Código Centro	954110	
	REGIONAL SANTANDER		Fecha Elaboración	Enero de 2026	
	CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER		Versión	ENERO - 1,26	
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		ID de Proceso	53561-417401	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: PAULA CAMILA QUINTERO BARON		Banco a consignar: DAVIVIENDA			
Cédula de Ciudadanía 1.100.963.431		Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: pcquintero@sena.edu.co		Número de Cuenta: 0550488400286008			
IP/Nº de contacto: 1354		Presta Servicios Excluidos de IVA:		NO	
Inducción SST: SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO	
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		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: 9081123/2026		Nº Compromiso SIIF 7026		Número de pagos durante la vigencia del contrato 12	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		APOYOS ADM. Y GEST: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO PROFESIONAL PARA APOYAR EL MONITOREO DE LOS PROGRAMAS DE ARTICULACIÓN CON EDUCACIÓN MEDIA: EN EL PROCESO DE MATRÍCULA; SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN PL11 D VR MES 4.797.626			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 26/01/2026		Al 31/01/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 52.773.886	
Número de pago 1				Valor Total del Contrato: \$ 52.773.886	
Valor Bruto Pago: \$ 799.604,00				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 51.974.282	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 799.604		Ninguno		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 799.604				\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 174.783		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Enero		Diciembre	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		NO APLICA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.750.905		\$ 0	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 218.900		\$ 0	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 280.200		\$ 0	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL I		\$ 9.200		\$ 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		\$ 79.960			
Salud hasta \$ 837.984		\$ -			
Renta Exenta 25% \$41.375.460		\$ 53.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0			
Retención en la Fuente Contingente		\$			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 174.783,00	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 0,00	
				Valor base IVA 0,00	
				IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
				Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
				Menos Retencion IVA 0,00 15%	
				Reteica - 8299 0,00 0,000%	
				- 0,00 0,000%	
				- 0,00 0,000%	
				- 0,00 0,000%	
				- 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
				VALOR A PAGAR \$799.604,00	
SON: SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Elaborar el plan operativo anual institucional del programa entre el Centro de Formación con el Establecimiento Educativo articulado, y concertar con el mismo la entrega de información referida para el programa: Informes, formatos y demás solicitados por las Secretarías de Educación y Regionales del SENA según acuerdos establecidos.					
Efectuar el informe de gestión en cumplimiento de las obligaciones contractuales del programa.					
Generar las orientaciones y la logística necesarias que permita realizar las actividades de inscripción, matrícula y certificación en el marco del programa de articulación con la media.					
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					
			PAULA CAMILA QUINTERO BARON 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 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.					
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 CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ SUBDIRECTORA DE CENTRO G02					



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Paula Camila Quintero Baron, identificado(a) con CC número 1100963431, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1100963431
NOMBRES Y APELLIDOS	Paula Camila Quintero Baron
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Compañero (A) Permanente
FECHA DE NACIMIENTO	09/06/1993
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	4 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	4 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	24/05/2023
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1100963431 PAULA CAMILA
QUINTERO BARON Desde 01/04/2024 - Vigente

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **QUINTERO BARON PAULA CAMILA** identificado(a) con **CC** número **1.100.963.431** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 27 de septiembre de 2011 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 08 de enero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

PAULA CAMILA QUINTERO BARON identificado con CC. 1100963431 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 8999999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/01/26	Fecha inicio contrato	2026/01/26
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/12/31
Riesgo	1	Código actividad económica	1855101 - FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		Estado del contrato	Activo

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de enero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC26012026P1100963431Q3773176**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

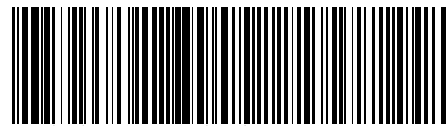
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de



2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario

141157060221



(415)7707212489984(8020) 000014115706022 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 0 0 9 6 3 4 3 1

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

1 1 0 0 9 6 3 4 3 1

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio

San Gil

6 7 9

31. Primer apellido

QUINTERO

32. Segundo apellido

BARON

33. Primer nombre

PAULA

34. Otros nombres

CAMILA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Santander

6 8

40. Ciudad/Municipio

San Gil

6 7 9

41. Dirección principal

CL 10 # 16 - 08

42. Correo electrónico

paulacquinterob@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 7 8 8 8 3 6

45. Teléfono 2

3 2 0 8 4 0 1 2 6 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

7 2 2 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 6 0 4 1 6

Actividad secundaria

48. Código

7 4 9 0

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 0 2 0 5

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

2 3 1 1

52. Número
establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																							

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN EFECTOS

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre QUINTERO BARON PAULA CAMILA

985. Cargo CONTRIBUYENTE



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 23 de Enero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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:

RC	1238838332	Leyren Samantha Villar Quintero	Hijo(a)
----	------------	---------------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

PAULA CAMILA QUINTERO BARON
C.C. 1100963431

ESTA REPRODUCCIÓN
FOTOMECÁNICA ES DEL COPIE DE
LA ORIGINAL QUE ESTÁ EN
LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



Adhesivo Copia
Registro Civil

28397749-5

52668245

NUIP	1238638332
------	------------

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

152668245

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☒	Notaría ☐	Número	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	B 5 U
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL - SAN GIL. CLIN. SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A.							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
VILLAR *		QUINTERO *	
Nombre(s)			
LEYREN SAMANTHA *			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2 0 2 0	Mes S E P	Día 0 1	FEMENINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)		Factor RH	
COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL *		POSITIVO	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *	16177308-7 *

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
QUINTERO BARON PAULA CAMILA *	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1100963431 *	COLOMBIA *

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
VILLAR DUARTE JESUS ABDON *	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1100963885 *	COLOMBIA *

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
VILLAR DUARTE JESUS ABDON *	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1100963885 *	

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 2 0 2 0 Mes S E P Día 0 3	OSCAR MAURICIO BAUTISTA LASPRII
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
	OSCAR MAURICIO BAUTISTA LASPRII
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS	
LIBRO DE VARIOS: FOLIO 46; 03/09/2020	

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



Hace constar:

Que el Sr(a) PAULA CAMILA QUINTERO BARON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1100963431 realizó el día 10/02/2026 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo PAULA CAMILA QUINTERO BARON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1100963431 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) PAULA CAMILA QUINTERO BARON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1100963431 el día 10/02/2026 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas