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)

REGIONAL SANTANDER

CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES-SANTANDER

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

| | |
|---|---|
| Código Regional | 68 |
| Código Centro | 954510 |
| Fecha Elaboración | 13 de Febrero de 2026 |
| Versión | ENERO - 1,26 |
| ID de Proceso | 67307-050129 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos: | LEIDY TATIANA MINDA MOSQUERA | Banco a consignar: | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía | 1.083.884.101 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | tminda@misena.edu.co | Número de Cuenta: | 45386105999 |
| 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 | Es declarante de renta por el año gravable 2025 | SI |

| | |
|---|---|
| ¿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: | 9046980/2026 | Nº Compromiso SIIF | 19726 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |

| | |
|---|---|
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES INSTRUCTOR PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL Y DESARROLLO CURRICULAR DIFERENTES NIVELES FORMACION AREA ENGLISH DOES WORK - LEVEL 1 (VIRTUAL), FORMACION REGULAR VIG 2026 10M VM 4737497 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Del | 02/02/2026 | Al | 28/02/2026 | Saldo Anterior del Contrato: | $ 47.374.970 |
| Número de pago | 1 | | | Valor Total del Contrato: | $ 47.374.970 |
| Valor Bruto Pago: | | $ 4.263.747,00 | | Nuevo Saldo del Contrato: | $ 43.111.223 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.263.747 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO | $ 4.263.747 | | $ 0 |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE | $ 2.816.447 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | $ 0 |

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

| | | Febrero | Enero | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | | ---------- | 6001118171 | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.816.447,00 | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | | $ 1.750.905 | $ 0 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.263.747,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 218.900 | $ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 280.200 | $ 0 | 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 | I | $ 9.200 | $ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| | | $ | | Reteica - 8299 | 0,00 | 0,600% |
| | | $ | | - | 0,00 | 0,600% |
| | | $ | | - | 0,00 | 0,600% |
| | | $ | | - | 0,00 | 0,600% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | | - | 0,00 | 0,600% |
| 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 | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | | Sobretasa Bomberil | 0,00 | 10,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 37.927.505 | $ 939.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 0 | | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | | VALOR A PAGAR | $4.263.747,00 | |

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Fichas a cargo: 3415872, 3415873, 3415874

Guiar a los aprendices en la ejecución de las diferentes actividades propuestas en el curso.

Por medio del foro de inquietudes, correos y realimentación de actividades se les aclara sus inquietudes.

A través de correos y mensajes, se motiva a la activa participación por parte de los aprendices.

Teniendo en cuenta los parámetros establecidos se actualiza el centro de calificaciones.

Horas en sofia Plus: 144 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 suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

LEIDY TATIANA MINDA MOSQUERA
EL CONTRATISTA

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

JAVIER DAVID MENDEZ MORENO
PROFESIONAL G08

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
YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

13/02/26 15:51:58 USUARIO: SIC - C.C. 1083884101

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1083884101 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LEIDY TATIANA MINDA MOSQUERA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | PITALITO | DEPARTAMENTO: | HUILA |
| DIRECCIÓN: | CL 3 1A 09 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Educación media técnica y de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6001118171** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 8 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/02/11 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 55142057 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 281.700 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 281.700** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | $ 220.100 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 220.100** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | $ 9.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 9.300** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 508.300** |
| **VALOR MORA:** | **$ 2.800** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 511.100** |

Planilla Pagada

# 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 Leidy Tatiana Minda Mosquera, identificado(a) con CC número 1083884101, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1083884101 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Leidy Tatiana Minda Mosquera |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 20/12/1989 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 30/03/2015 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 144 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 51 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 28/01/2020 |
| NIVEL SISBEN | 2 |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 1083884101 LEIDY TATIANA MINDA MOSQUERA Desde 01/02/2020 - Vigente N.I.T. 860512780 UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA Desde 26/08/2025 Hasta 22/12/2025N.I.T. 860512780 UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA Desde 04/02/2025 Hasta 08/06/2025

Generado por interfaces 11/02/2026

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**LEIDY TATIANA MINDA MOSQUERA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.884.101**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14803863390

(415)7707212489984(8020) 000001480386339 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 8 3 8 8 4 1 0 1 | 1 | Impuestos y Aduanas de Popayán 1 7 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 8 3 8 8 4 1 0 1 | |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Huila 4 1 | Pitalito 5 5 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MINDA | MOSQUERA | LEIDY | TATIANA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Cauca 1 9 | Popayán 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 5 A 15 74 BRR VALENCIA

42. Correo electrónico: tati_m84@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 1 7 2 6 0 6 5 1 | 3 2 0 4 8 8 7 2 5 5 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0 0 1 0 | 2 0 1 5 0 2 1 0 | 4 7 9 9 | 2 0 1 5 0 8 1 9 | 8 5 2 3 | | | | |

### 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 | 5 | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

### 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 MINDA MOSQUERA LEIDY TATIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

LEIDY TATIANA MINDA MOZQUERA identificado con CC. 1083884101 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 - 899999034 |

| INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2026/02/02 | **Fecha inicio contrato** | 2026/02/02 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2026/12/03 |
| **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 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APO_13_2_2_FR01 V_08

Esta certificación se expide a los 11 días del mes de febrero 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.

MIS_4_1_3_FR15 v_010

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: **CC11022026L1083884101M8390586.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**