

<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 SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		68				
			Código Centro		930910				
			Fecha Elaboración		19 de Febrero de 2026				
			Versión		ENERO - 1,26				
			ID de Proceso		46394-900515				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		JHON CARLOS ROMERO LIZARAZO		Banco a consignar:		BANCO DE BOGOTA			
Cédula de Ciudadanía		1.096.191.455		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		jhon.carlos@sena.edu.co		Número de Cuenta:		013260336			
IP/Nº de contacto:				Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI			
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO			
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		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:		9160286/2026	Nº Compromiso SIIF		16226	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PARA IMPARTIR FORMACION COMPLEMENTARIA EN EL PROGRAMA DE ATENCION A POBLACION VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO Y VULNERABLE DE SANTANDER, CONFORME A MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET PL 275 DIAS V/R MES \$ 3.662.548							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		02/02/2026	Al		28/02/2026	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 33.573.357	
Número de pago		1				Valor Total del Contrato:		\$ 33.573.357	
Valor Bruto Pago:		\$ 3.296.293,00				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 30.277.064	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 3.296.293		Ninguno		0,00%			
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.296.293				\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.090.993		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Febrero		Enero		Base retención en la fuente a título de RENTA		2.090.993,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		49859191		Base retención en la fuente a título de ICA		2.797.193,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.750.905		\$ 0		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 218.900		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 280.200		\$ 0		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 9.200		\$ 0		Reteica - 8530 - BUCARAMANGA		20.140,00	0,720%
		\$ -						0,00	0%
		\$ -						0,00	0%
		\$ -						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		\$ -				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		Sobretasa Bomberil		2.014,00	10,000%
Renta Exenta 25%		\$ 34.479.550		\$ 697.000				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		\$3.274.139,00	
SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CIENTO TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
induccion a los procesos a realizar de acuerdo a el contrato establecido durante los dias 2, 3, 4 de febrero a cargo del coordinador, subdirector e instructores de area pedagogica.									
reunion con el lider del programa de victimas para ultimar detalles de la programacion de los curosos a travez de los diferentes formatos a diligenciar y su documentacion respectiva.									
se hace contacto con las diferentes entidades y lideres de sectores para el reclutamiento de documentos de personas interesadas en recibir los cursos ofertados por el programa de victimas que ofrece el SENA.									
se realiza verificación de documentos recibidos para corroborar si el personal se encuentra registrada en plataforma									
se realiza programacion de las fichas asignadas.									
se realizan las solicitudes de cursos pertinentes a la coordinación para poder dar inicio en su fecha establecida									
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						<div></div> <div>JHON CARLOS ROMERO LIZARAZO EL CONTRATISTA</div>			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO									
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:						Autorizo el presente pago.			
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;						El Supervisor			
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;						Firmado digitalmente			
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.						por Edward Guerrero			
						Fecha: 2026.02.18			
						EDWARD ALBERTO GUERRERO 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									
NORMAN CARRILLO RAMIREZ									
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)									

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1096191455	JHON CARLOS ROMERO LIZARAZO		carrera 34b #44-38 tres unidos	3006582536	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BARRANCABERMEJA	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
2026-01	2026-01	I	12/02/2026	49859191	TOTAL A PAGAR \$508.300

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					
ESSC24	EPS-S Coosalud	900226715-3	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.300	508.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1096191455	JHON CARLOS ROMERO LIZARAZO		carrera 34b #44-38 tres unidos	3006582536	jhoncromero1987@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BARRANCABERMEJA	
						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
2026-01	2026-01	I	12/02/2026	49859191	\$508.300
					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	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	1096191455	ROMERO LIZARAZO JHON CARLOS				57	0			N																	230301	1.750.905	280.200	0	0	0	0	ESSC24	1.750.905	218.900	14-11	1.750.905	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

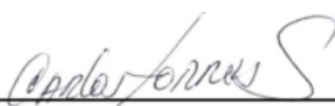
Tipo y No. de documento: CC 1096191455
Nombres: JHON CARLOS ROMERO LIZARAZO
Tipo de afiliado: Cotizante
Fecha de afiliación: 2023-07-03
Estado de afiliación: Activo
Régimen: Contributivo
Nivel de contribución: A
Departamento - Municipio: SANTANDER BARRANCABERMEJA

Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	INTEGRAR SOLUCIONES EN SALUD IPS SAS
IPS Atención	CLINICA PRIMERO DE MAYO INTEGRAL S.A.S

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certificación se expide y firma el 2026-01-15 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2026-02-14


CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL



**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:

JHON CARLOS ROMERO LIZARAZO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.096.191.455**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 15 de Enero 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.

Medellín, 31 de January de 2026

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

CERTIFICA:

Que JHON CARLOS ROMERO LIZARAZO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1096191455 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 02/02/2026

Fecha fin cobertura: 08/11/2026

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA N899999034

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

1854101 - EDUCACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL, INCLUYE FORMACIÓN QUE CAPACITA PARA TRABAJOS QUE REQUIERAN CONOCIMIENTOS TÉCNICOS Y COMPETENCIAS EN ÁREAS ESPECÍFICAS DE LOS SECTORES DE LA PRODUCCIÓN, EL REQUISITO DE HABER CULMINADO EL NOVENO GRADO DE LA EDUCACIÓN BÁSICA O TENER EL TÍTULO DE BACHILLER Y LA PRUEBA ICES; LA FORMACIÓN EN INSTITUCIONES TÉCNICAS PROFESIONALES, IMPARTIDA EN INSTITUCIONES FACULTADAS LEGALMENTE PARA OFRECER PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN OCUPACIONES DE CARÁCTER OPERATIVO E INSTRUMENTAL Y DE ESPECIALIZACIÓN EN SU RESPECTIVO CAMPO DE ACCIÓN

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

CENTRO DE TRABAJO: 0001855101 - CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS

CLASE: 1 **PORCENTAJE:** 0.522% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

1855101 - FORMACIÓN ACADÉMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACIÓN QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADÉMICAMENTE A TRAVÉS DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARÁCTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTÉN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACIÓN FORMAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

1854101 - EDUCACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL, INCLUYE FORMACIÓN QUE CAPACITA PARA TRABAJOS QUE REQUIERAN CONOCIMIENTOS TÉCNICOS Y COMPETENCIAS EN ÁREAS ESPECÍFICAS DE LOS SECTORES DE LA PRODUCCIÓN, EL REQUISITO DE HABER CULMINADO EL NOVENO GRADO DE LA EDUCACIÓN BÁSICA O TENER EL TÍTULO DE BACHILLER Y LA PRUEBA ICES; LA FORMACIÓN EN INSTITUCIONES TÉCNICAS PROFESIONALES, IMPARTIDA EN INSTITUCIONES FACULTADAS LEGALMENTE PARA OFRECER PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN OCUPACIONES DE CARÁCTER OPERATIVO E INSTRUMENTAL Y DE ESPECIALIZACIÓN EN SU RESPECTIVO CAMPO DE ACCIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 1854101

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

31/01/2026 3:24 PM

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14614836391



(415)7707212489984(8020) 000001461483639 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 9 6 1 9 1 4 5 5

6. DV

6

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Barrancabermeja

14. Buzón electrónico

2 9

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 9 6 1 9 1 4 5 5

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio

Barrancabermeja

0 8 1

31. Primer apellido

ROMERO

32. Segundo apellido

LIZARAZO

33. Primer nombre

JHON

34. Otros nombres

CARLOS

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Santander

6 8

40. Ciudad/Municipio

Barrancabermeja

0 8 1

41. Dirección principal

CR 34 B 44 38

42. Correo electrónico

jhoncromero1987@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 0 6 5 8 2 5 3 6

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 3 0 3 2 0

Actividad secundaria

48. Código

1 0 8 4

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 9 0 6 1 1

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

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

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 ALARCON HERNANDEZ IVAN GABRIEL

985. Cargo Gestor I