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 RISARALDA

CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-RISARALDA

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

Código Regional	**66**
Código Centro	**912110**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**92639-350387**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HERMAN ZAPATA ALZATE	**Banco a consignar:**	BANCO AGRARIO DE COLOMB
Cédula de Ciudadanía	10.197.520	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	hzapata@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	457322051484
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:	9190658/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**22826**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST.: APOYAR LA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE FORMACIÓN PARA FORTALECER SABERES CAMPESINOS EN GESTIÓN AGROECOLÓGICA TERRITORIAL, SIGUIENDO LINEAMIENTOS DE CAMPESENA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**16/02/2026**	**Al**	**28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 8.892.000
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 8.892.000
Valor Bruto Pago:			**$ 1.296.750,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 7.595.250

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.296.750	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.296.750**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 804.450**	**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 titulo de RENTA	804.450,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**AFILIACION**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.080.450,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 758.726	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 94.900	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 121.400	$ 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	II	$ 8.000	$ 0	Reteica - 8299 - PEREIRA	2.161,00	0,200%
		$		-	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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 13.791.820	$ 268.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0					
Retención en la Fuente Contingente		$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	**$1.294.589,00**	

SON: UN MILLÓN DOSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

EL DIA 16 DE FEBRERO ASISTI A LA INDUCCION PROGRAMADA POR NATALIA MARULANDA CON LA PARTICIPACION DE LOS DEMAS INSTRUCTORES Y LA ASIS
TENCIA DEL SEÑOR SUBDIRECTOR JHON ALEXANDER DONDE SE IMPARTIERON INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL BUEN DESEMPEÑO DE LOS INSTRUC
TORES Y SE HICIERON LAS RESPECTIVAS PRESENTACIONES-
EL DIA MIERCOLES 18 DE FEBRERO PARTICIPE EN LA REUNION DE LOS CACAOCUTORES DEL MUNICIPIO DE LA CELIA RISARALDA CON EL FIN DE SOCIALI
AZAR LAS DIFERENTES CAPACITACIONES Y COORDINAR LAS INSCRICIONES
EL DIA LUNES 23 DE FEBRERO ASISTI A LA REUNION PROGRAMADA POR EL SEÑOR JULIO CESAR ZAPATA DEL AREA DE CONTRATACION CON EL FIN DE RECI
BIR CAPACITACION CON TODO LO RELACIONADO CON LA REALIZACION DE LOS INFORMES.
EL DIA 25 DE FEBRERO PARTICIPE EN REUNION CON FUNCIONARIO DE LA UMATA DE LA CELIA CON EL FIN DE COORDINAR CAPACITACIONES CON OTRAS
ASOCIACIONES DEL MUNICIO. MUNICIPIO DE PEREIRA.

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



HERMAN ZAPATA ALZATE
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,

NATALIA MARULANDA MENDEZ
INSTRUCTOR G15

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
JHON ALEXANDER MARIN MENDOZA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

04/03/26 11:04:33 USUARIO: SIC - C.C. 10197520

EPS delagente

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS delagente
Movilidad Régimen Subsidiado

La EPS delagente, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 10197520
Apellidos:	ZAPATA ALZATE
Nombres:	HERMAN
Ficha Sisben:	66383233522400023219
Nivel Sisben:	Nivel I
Grupo Sisben	B03
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Movilidad Régimen Subsidiado
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	01/08/2025
Departamento de Afiliación:	RISARALDA
Municipio de Afiliación:	LA CELIA
Zona:	Rural - Dispersal

IV - Afiliado cumple con metodología IV SISBEN.

IPS de atención de primer nivel

IPS	Direccion	Servicio
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE	CRA 2 # 5-62	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multiafiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 2 de Marzo de 2026 a solicitud del interesado.

Coordinación Base de Datos
EPS delagente
Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

Generado por: Sitio público

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ZAPATA ALZATE HERMAN** identificado(a) con **CC** número **10.197.520** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el dia 01 de agosto de 1998 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 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN CONSERVADOR
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el dia 02 de marzo de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141231835605

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 9 7 5 2 0	0	Impuestos y Aduanas de Pereira 1 6	

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 1 9 7 5 2 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Risaralda 6 6	La Virginia 4 0 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ZAPATA	ALZATE	HERMAN	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Risaralda 6 6	La Celia 3 8 3

41. Dirección principal: CL 6 2 17

42. Correo electrónico: ascop.lacelia@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 2 3 5 7 8 8 7	3 0 1 6 1 9 1 7 8 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 3 0	2 0 2 2 0 1 1 3	8 2 9 9	2 0 2 2 0 1 1 3	0 1 6 1	8 5 5 1		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 | 2 2

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Modalidad 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 consignar información en algunos de los datos suministrados no coincidentes con la realidad serán sancionados de acuerdo a lo establecido en el artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el interesado 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: ZAPATA ALZATE HERMAN

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 27-01-2026 04:47:04PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO