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 VALLE

CENTRO NAUTICO Y PESQUERO DE BUENAVENTURA-VALLE

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

| | |
|---|---|
| Código Regional | 76 |
| Código Centro | 912610 |
| Fecha Elaboración | Marzo de 2026 |
| Versión | ENERO - 1,26 |
| ID de Proceso | 27212-825602 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 79.705.334 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | diecastroc@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 30667053667 |
| **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** | 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** | SI |
| **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:** | 9198708/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | 11326 | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR PARA ORIENTAR ACONPAÑAR Y EVALUAR LOS PROCESOS DE FPI DE APRENDICES DE LOS PROGRAMAS DE OFERTA REGULAR COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y ETAPA PRODUCTIVA VIGENCIA 2026 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/03/2026** | **Al** | **31/03/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 44.532.472 |
| **Número de pago** | **2** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 49.269.969 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.737.497,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 39.794.975 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.737.497 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.737.497** | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.792.647** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Marzo | Febrero |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **6009570683** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.894.999 | $ 1.894.999 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 236.900 | $ 236.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 303.200 | $ 303.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | IV | $ - | $ 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 | | $ 473.750 | |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 37.927.505 | $ 931.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 931.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.792.647,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.197.397,00 | |
| 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 - BUENAVENTURA | 25.184,00 | 0,600% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Pro-UCEVA | 23.687,00 | 0,500% |
| Universidad del Pacífico | 0,00 | 0,500% |
| Pro-Hospital | 0,00 | 1,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.688.626,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar el Seguimiento a los aprendices en Etapa Productiva bajo modalidad de Contrato de Aprendizaje, Vinculo Laboral, Pasantia Fichas y Aprendices: GESTIÓN LOGÍSTICA 2670121 - 2 APRENDICES; GESTIÓN LOGÍSTICA 2865174 - 6 APRENDICES; GESTIÓN LOGÍSTICA 3080358 2 APRENDICES; ALISTAMIENTO DE CARGA 3230330 - 1 APRENDIZ; GESTIÓN LOGÍSTICA 3064430 - 20 APRENDICES; GESTIÓN LOGÍSTICA 3080623 - 16 APRENDICES; ALISTAMIENTO DE CARGA 3140455 - 8 APRENDICES; INTEGRACIOND E OPERACIONES 3169150 - 22 APRENDICES.
Total de aprendices atendidos: 77 aprendices.
Formación Profesional Integral de Aprendices de la ficha 3064430 del programa de tecnología en Gestión Logística

**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



**DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON**
**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,



**JHON FELIPE VIDAL LOPEZ**
**INSTRUCTOR G12**

**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**
**MAURICIO GOMEZ BETANCOURTH**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 79705334 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUENAVENTURA | DEPARTAMENTO: | VALLE |
| DIRECCIÓN: | CALLE 4 # 38C-12, BARRIO EUCARISTICO | TELÉFONO: | 3104215 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Educación de universidades. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6009570683** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/03/03 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 107359084 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 303.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 303.200 | $ 0 | $ 303.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 303.200** | **$ 0** | **$ 303.200** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS018 | EPS018-S.O.S. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 236.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 236.900 | $ 0 | $ 0 | $ 236.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 236.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 236.900** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 79705334 | CASTRO CASTRILLON DIEGO FERNANDO | INDEPEND | | $ 1.894.999 | | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.894.999 | $ 303.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 303.200 | EPS018-S.O.S. | 30 | $ 1.894.999 | $ 236.900 | $ 0 | $ 236.900 | | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 540.100**

Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUENAVENTURA, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUENAVENTURA

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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| TI | 1109556213 | FERNANDO JOSE CASTRO RAMOS | 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,



DIEGO FERNANDO CASTRO CASTRILLON
C.C. 79705334


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.109.556.213
CASTRO RAMOS
APELLIDOS
FERNANDO JOSE
NOMBRES
Fernando
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 16-MAR-2014
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
16-MAR-2032
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
M
SEXO
28-JUN-2021 BUENAVENTURA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

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

NUIP 1.109.556.213

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53224746

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 04 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T9Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 4 CALI - COLOMBIA - VALLE - CALI

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CASTRO | RAMOS |

Nombre(s)

FERNANDO JOSE

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2014 Mes MAR Día 16 | MASCULINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA VALLE CALI

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 12520582-9 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos

RAMOS ESTUPIÑAN YULLY ERIKA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 38.470.144 | COLOMBIA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos

CASTRO CASTRILLON DIEGO FERNANDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 79.705.334 | COLOMBIA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

CASTRO CASTRILLON DIEGO FERNANDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 79.705.334 | |

*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 2014 Mes MAR Día 17 | HECTOR MARIO GARCES PADILLA - NOT |
| | Nombre y firma |

| *Reconocimiento paterno* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento* |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

# NOTARIA 4

Se expide la presente copia previa solicitud de Diego Fdo Castro
identificado(a) con cédula de ciudadanía Nº 79785336 con el fin de demostrar parentesco. El presente documento es fiel copia del Registro Civil de Nacimiento que reposa en los archivos de esta Notaría, en el Tomo 107, Folio 5324746
Valido para: Varios
Expedida en Santiago de Cali el 17 JUL. 2015

La Notaria Encargada,

SANDRA PATRICIA TOBAR PÉREZ
Notaria Cuarta del Circulo de Cali (E)

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE