



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 CESAR

CENTRO DE INNOVACIÓN Y DE GESTION EMPRESARIAL Y CULTURAL

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

Código Regional	20
Código Centro	952110
Fecha Elaboración	14 de Marzo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	53805-565016

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HECTOR ANDRES PAZ ROA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	16.285.142	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	hapaz@sena.edu.co	Número de Cuenta:	52486836547
IP/Nº de contacto:	3187654677	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?			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9208516/2026	Nº Compromiso SIIF	40326	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR EN LA RED DE CONOCIMIENTO HOTELERÍA Y TURISMO Y EN CADA UNA DE LAS REDES DE CONOCIMIENTO QUE SE DEMANDE EN LA ENTIDAD, PARA IMPARTIR FORMACIÓN INTEGRAL DENTRO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN REGULAR EN EL CENTRO				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/03/2026	Al	31/03/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 36.660.000
Número de pago	2			Valor Total del Contrato:	\$ 40.890.000
Valor Bruto Pago:	\$ 4.700.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 31.960.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.700.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.700.000		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.763.300	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Marzo	Febrero			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	9501133516	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.763.300,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.880.000	\$ 1.750.905	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 235.000	\$ 218.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 300.800	\$ 280.200	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	\$ 9.900	\$ 9.200	Menos Retención IVA	0,00	15%
	\$		Reteica - 8299 - VALLEDUPAR	0,00	0,000%
	\$			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	\$ -		Pro Universidad Popular del Cesar	23.500,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ 470.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 31.031.595	\$ 921.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 825.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		VALOR A PAGAR	\$4.676.500,00	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se desarrollo formación presencial curso complementario en Higiene y Manipulación de Alimentos, fichas 34561174, 3457187, 3464267. a través de video ayudas, talleres en el curso complementario en Higiene y Manipulación de Alimentos.

Se realizo el debido reporte de juicios evaluativos de las fichas de cursos complementarios en Higiene y Manipulación de alimentos fichas número: 34561174, 3457187, 3464267. Se asistio a la induccion del SIGA y charla de ARL en la Subsede la Jagua de Ibrico el dia 4 de marzo de 2026. Se presento cuenta de cobro de la ejecución contractual marzo 2026. Se realizó informe de actividades V10. Se actualizo el drive con la fichas de caracterización respectivas y los listados de aprendices de los cursos complementarios de marzo se actualizó planeación individual en el mes de marzo en el drive. Se crearon las rutas de cada una de las fichas de complementarias, se asociaron los aprendices. Total de horas mes 160 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

**HECTOR ANDRES PAZ ROA
EL CONTRATISTA**

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 periodo 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 digitalmente por
JOSE LIBARDO RAMOS
RICARDO
Fecha: 2026.03.15 15:48:47
05:00

**JOSE LIBARDO RAMOS RICARDO
TECNICO G03**

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
CARLOS RAFAEL MELO FREYLE
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 16285142		PAZ ROA HECTOR ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7 N° 15-69	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	7654677	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	118222411	9501133516	I	2026/03/10	2026/03/06	BANCOLOMBIA	0	\$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0
Ciudad: AGUSTIN CODAZZI Depto: CESAR (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0
1	CC	16285142	PAZ HECTOR	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS037	30	\$1,750,905	\$218,900	0		\$0	14-23	30	\$1,750,905	\$9,200	0		\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 16285142		PAZ ROA HECTOR ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7 N° 15-69	AGUSTIN CODAZZI-CESAR	7654677	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	118222411	9501133516	I	2026/03/10	2026/03/06	BANCOLOMBIA	0	\$508,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$508,300	\$0	\$0	\$508,300	



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

La Jagua de Ibirico, 16 de marzo del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 387 del Estatuto Tributario, Artículo 15 de la Ley 1607 del 2012 y el Artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

T.I.	1065838768	ANDRES FELIPE PAZ ROJAS	hijo
------	------------	-------------------------	------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

1. Hijos menores 18 años.

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud y que ninguna persona ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas relacionadas.

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,

FIRMA

Nombre: HÉCTOR ANDRÉS PAZ ROA

C.C. 16.285.142

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.065.838.768

PAZ ROJAS

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES

Andres Paz

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO
VALLEDUPAR
(CESAR)

25-FEB-2016

LUGAR DE NACIMIENTO
25-FEB-2034

O+ M

FECHA DE VENCIMIENTO

G S RH

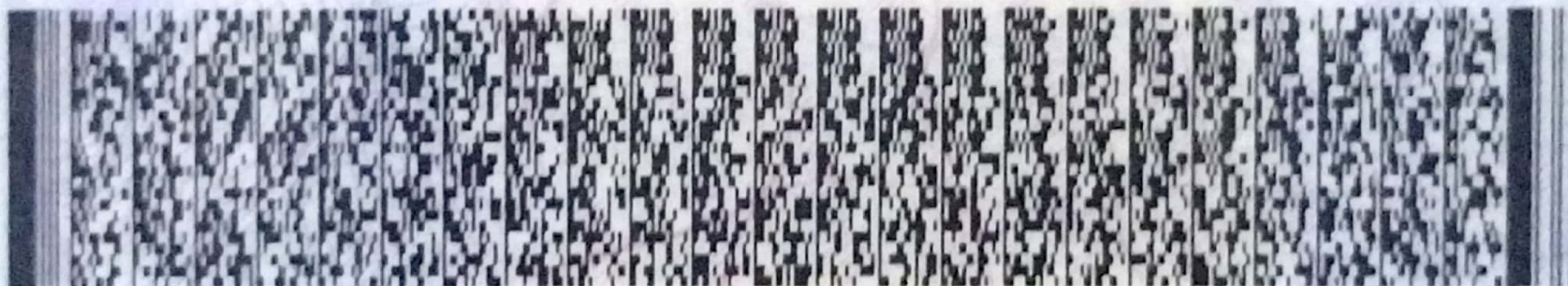
SEXO

13-JUN-2023 AGUSTIN CODAZZI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



P-1215000-01362833-M-1065838768-20230620

0122337278A 1

8508509352

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



NUIP 1.065.838.768

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 56843033

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría X Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código H 8 E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE VALLEDUPAR - COLOMBIA - CESAR - VALLEDUPAR

Datos del inscrito

Primer Apellido PAZ Segundo Apellido ROJAS
Nombre(s) ANDRES FELIPE

Fecha de nacimiento Año 2 0 1 6 Mes F E B Día 2 5 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 13187360-5

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos ROJAS CANO LORENA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número) CC 49.716.645 Nacionalidad COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos PAZ ROA HECTOR ANDRES

Documento de identificación (Clase y número) CC 16.285.142 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos PAZ ROA HECTOR ANDRES

Documento de identificación (Clase y número) CC 16.285.142

Firma

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 Año 2 0 1 6 Mes F E B Día 2 9

Nombre y firma del funcionario que autoriza CARLOS ALBERTO ORATE CORREA REG

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario que autoriza este reconocimiento

Nombre y firma

A PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LA ESPACIO PARA NOTAS

ARCHIVOS DE ESTA REGISTRADURIA DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 115 DEL DECRETO 1260 DE 1970 Y 11 DECRETO 270 DE 1972 ESTE REGISTRO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO ARTICULO 9º

FECHA DE EXPEDICIÓN 29 FEB. 2016 29 FEB. 2016

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

