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 CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

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

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**18901-168489**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MAX ERIG IBARGUEN ROBLEDO	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	1.077.421.720	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	erigrtv1@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	440351724
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**	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:	9126478/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**21626**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR, DESARROLLAR Y EVALUAR LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL (FPI) DE LOS APRENDICES COMPETENCIAS TRANSVERSALES

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/02/2026**	**Al**	**28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 43.401.328
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 43.401.328
Valor Bruto Pago:			**$ 4.944.455,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 38.456.873

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.944.455	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.944.455**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.277.255**	**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		----------	**4643190938**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.977.782	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 247.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 316.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 10.400	$ 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		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$27.583.640	$ 1.093.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.277.255,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.380.655,00	
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 - 8551 - QUIBDO	8.761,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	74.167,00	1,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.861.527,00**	

SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y UN MIL QUINIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó la inducción presencial en el auditorio del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), con la participación de todos los instructores del año 2026. Durante la jornada, el equipo de coordinadores, la directora y los funcionarios administrativos expusieron los diferentes temas programados, brindando información relevante para el adecuado desarrollo de las actividades académicas y administrativa.

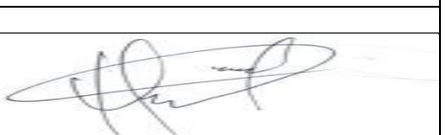
Se hizo una inducción con los aprendices donde hablamos de toda la temática a tratar y donde escuche sus inquietudes y opiniones. realice las actividades planeadas y brinde a los aprendices un aprendizaje personalizado de acuerdo a sus necesidades de aprendizaje. y desarrollamos los siguientes temas, Cultura y mentalidad emprendedora, Identificación de oportunidades de negocio.

pague la seguridad social de mes de enero con planilla N 4643190938 correspondiente al operador soi del periodo enero 2026

Se da inicio a la competencia de Emprendimiento con N de fichas 3433821 y 3433815

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



MAX ERIG IBARGUEN ROBLEDO
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,

CHRISTIAM RIVAS DEL TORO
INSTRUCTOR G17

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

CARMEN STRELLA ARBOLEDA VELASQUEZ

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

17/02/26 18:04:31 USUARIO: SIC - C.C. 1077421720

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1077421720
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAX ERIG ROBERTH IBARGUEN ROBLEDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	B/TOMAS PEREZ	TELÉFONO:	6725596
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4643190938**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	12				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/17			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995747137

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 187.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 187.600	$ 1.500	$ 189.100
SUBTOTALES:										**$ 187.600**	**$ 1.500**	**$ 189.100**

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
CCFC20	CCFC20-COMFACHOCO	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 146.500	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 146.500	$ 1.200	$ 0	$ 147.700
SUBTOTALES:													**$ 146.500**	**$ 1.200**	**$ 0**	**$ 147.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.200	$ 6.200	$ 100	$ 0	$ 6.300
SUBTOTALES:									**$ 6.200**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 6.300**

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 SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	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 ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1077421720	IBARGUEN ROBLEDO MAX ERIG ROBERTH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.197.280				NO	15																230201-PROTECCION	16	$ 1.171.883	$ 187.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 187.600	CCFC20-COMFACHOCO	16	$ 1.171.883	$ 146.500	$ 0	$ 146.500	14-11 - ARL SURA	16	$ 1.171.883	107742172	$ 6.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 343.100

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9630056267 DV: 983074
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 17/02/2026 10:14:08
PAP: 905924
Identificacion: 1077421720
Nombre: MAX ERIG ROBERTH
Apellido 1: IBARGUEN
Apellido 2: ROBLEDO
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3333333333
Codigo Planilla: 4643190938
Periodo Pago: 2026/01
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1077421720Valor: $343.100,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

COMFACHOCO EPS-S
NIT 891 600 091 - 8

No. de Radicación	Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran al final de este formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliado	3. Régimen
A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☐	A. Activo ☐ Cotizante o Cabeza de Familia ☐ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Pensionado ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	A. Contributivo ☐ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de afiliado	5. Subtipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) **A. AFILIACIÓN**

1. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Hurtado	Segundo apellido: Pedroso	Primer nombre: MAX	Segundo nombre: ALEJ
7. Tipo documento de identidad: CC	8. Número del documento de identidad: 1077471710	9. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☑	10. Fecha de nacimiento: 31 01 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
5	Tipo F N M Condición T F		5

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
Positiva	Protección	

18. Residencia			
Dirección: TOMAS PEREZ	Teléfono: 3137927023	Teléfono celular	Correo electrónico: erigrtvi@hotmail.com
Municipio/Distrito: Quibdo	Zona: Urbana ☑ Rural ☐	Localidad/Comuna:	Departamento: Choco

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR
Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐	23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	M	Condición T	P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

COMFACHOCO NIT.: 891.600.091-8
14 ENE 2021
RECIBIDO

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número de documento de identificación	38. Tipo de aportante a pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Servicio Nacional de Aprendizaje		899 999 034-1	

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141229749949

(415)7707212489984(8020) 000014122974994 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 7 4 2 1 7 2 0	2	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

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 7 7 4 2 1 7 2 0	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
IBARGUEN	ROBLEDO	MAX	ERIG ROBERTH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal
CL 32 6 84 BRR TOMAS PEREZ

42. Correo electrónico erigrtv1@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 7 9 4 4 2 3 1	

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
7 0 1 0	2 0 1 2 0 5 0 2	8 5 5 1	2 0 2 6 0 1 1 6				1 1 2 0	

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 IBARGUEN ROBLEDO MAX ERIG ROBERTH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

COMFACHOCO EPS-S

LA EPS COMFACHOCO EPS

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a): MAX ERIG ROBERTH IBARGUEN ROBLEDO

Identificación : CC 1077421720

Tipo de Afiliado: Cotizante

Tipo Cotizante: Independiente

Municipio: QUIBDO

Categoria: A

IPS Asignada ESE HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA

IPS Farmacia

IPS PYP

IPS Odontología

Fecha de Retiro:

Estado: ACTIVO

Fecha de Movilidad: 15/01/2026

Regimen: ***CONTRIBUTIVO***

INFORMACIÓN DEL APORTANTE

Documento del Aportante	***Razon Social***	***Fecha Inicio***
1077421720	MAX ERIG ROBERTH IBA	15/01/2026

INFORMACIÓN COTIZANTES BENEFICIARIOS Y ADICIONALES

Identificación	***Nombre***	***Fecha Movilidad***	***Estado***	***Tipo***	***Fecha Re***

Observaciones: En constancia de lo anterior se suscribe , el día 15 de enero de 2026.

NOTA: La presente certificación carece de validez si presenta enmendaduras. Válida por veinte (20) días hábiles.

RASHIDD FELIPE GOMEZ PADILLA
NO REPORTADO
COMFACHOCO EPS

Powered by CamScanner