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	**84484-177004**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MAIRA DANIELA JIMENEZ GIL	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.077.478.142	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	gilmayrada@gmail.com	**Número de Cuenta:**	53613587183
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:	9134406/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**21126**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACION DE INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR LOS PROCESOS DE SEGUIMIENTO A LA ETAPA PRODUCTIVA DE LOS APRENDICES EN LA MODALIDAD DE TITULADA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/02/2026 Al 28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 48.204.000
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.204.000
Valor Bruto Pago:	**$ 4.212.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 43.992.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.212.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.212.000**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.601.800**	**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		----------	**9498459059**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.108.907	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 138.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 177.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 5.800	$ 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		$ 421.200	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 867.000	
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	2.601.800,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.895.800,00	
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	7.792,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	63.180,00	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	**$4.141.028,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA Y UN MIL VEINTIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realice visitas presenciales a entidades asignadas a mi cargo en el municipio de Quibdó, para constatar que el lugar establecido para realice revisión de aprendices bajo la alternativa contrato de aprendizaje

Realice visitas presenciales a diferentes empresas como: DISPAC, IPS SERVIMEDICO S.A.S, MYM S.AS, HOSPITAL SAN FRANCISCO, FUCLA, TEAM

Se reportan visitas realizadas bajo la modalidad de contrato de aprendizaje a través de formatos de planeación y formatos de bitácoras

Realice asesorías a diferentes aprendices que ya culminaron etapa productiva y entregan documentación para el proceso de certificación

Informe mensual de actividades del mes de febrero y Actas

Se genera reporte de horas de tiempo en Sofia plus

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

Maira Jimenez Gil

MAIRA DANIELA JIMENEZ GIL
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

Elsa Ines Romaña R.

Firmado digitalmente por Elsa Ines Romaña
Fecha: 2026.02.22 14:44:25 -05'00'

ELSA INES ROMAÑA ROMAÑA
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

CARMEN STRELLA ARBOLEDA VELASQUEZ

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

21/02/26 16:04:44 USUARIO: SIC - C.C. 1077478142

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1077478142		JIMENEZ GIL MAIRA DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA19	QUIBDO-CHOCO	6712723	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	73658175	9498459059	I	2026/02/10	2026/02/18	BANCOLOMBIA	8	$712,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS						PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$25,100		$0	$0		**$709,100**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$2,400,000**	**$384,000**			**$2,400,000**	**$300,000**			**$0**	**$0**			**$2,400,000**		**$25,100**		**$0**	**$0**		**$709,100**
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)																						**$2,400,000**	**$384,000**			**$2,400,000**	**$300,000**			**$0**	**$0**			**$2,400,000**		**$25,100**		**$0**	**$0**		**$709,100**
1	CC	1077478142	JIMENEZ MAIRA																	25-14	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,400,000	1.044%	$25,100	0	$0	$0	No	$709,100
Total			**Afiliados(1)**																			$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$300,000			$0	$0			$2,400,000		$25,100		$0	$0		$709,100

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$2,000	$0	$386,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$384,000	$2,000	$0	$386,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,100	$200	$0	$25,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$25,100	$200	$0	$25,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$1,600	$0	$301,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$300,000	$1,600	$0	$301,600
TOTAL				1	$709,100	$3,800	$0	$712,900

Gmail

Mayra Gil <gilmayrada@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 73658175

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 18 de febrero de 2026 a las 1:54 p.m.
Para: gilmayrada@gmail.com

¡Hola, undefined undefined!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 712.900

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9498459059

Fecha de la transacción: 18/02/2026

CUS: 73658175

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:
La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección

https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141230298783

(415)7707212489984(8020) 000014123029878 3

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

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
JIMENEZ	GIL	MAIRA	DANIELA

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
CR 7 28 58

42. Correo electrónico gilmayrada@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
7 2 2 0	2 0 2 3 0 5 2 5	7 4 9 0	2 0 2 3 0 5 2 5		8 5 5 1	8 5 1 1

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 ☐ 60. No. de Folios: ☐

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

985. Cargo

EN TRAMITE DOCUMENTO SIN COSTO

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Maira Daniela Jimenez Gil, identificado(a) con CC número 1077478142, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1077478142
NOMBRES Y APELLIDOS	Maira Daniela Jimenez Gil
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	26/06/1998
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/11/2024
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/11/2024
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1077478142 MAIRA DANIELA JIMENEZ GIL Desde 01/11/2024 - Vigente

Generado por interfaces 19/01/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Quibdó, 19 de febrero de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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:

C.C.	**54258010**	**CELIA CRUZ GIL SERNA**	**MADRE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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,

Maira Jimenez Gil

FIRMA
Maira Daniela Jimenez Gil
C.C. 1077478142

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 54.258.010

GIL SERNA

APELLIDOS

CELIA CRUZ

NOMBRES

Celia Cruz Gil Serna

FIRMA



Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-ABR-1970**

QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

19-NOV-1990 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1700100-00968646-F-0054258010-20180112 **0059**122736A 1 1834769194

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO DE INGRESOS

A QUIEN PUEDA INTERESAR

LA SUSCRITA CONTADORA PÚBLICA CERTIFICA

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 5 del parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, la señora **CELIA CRUZ GIL SERNA** identificada con la cédula de ciudadanía número 54.258.010 de Quibdó, es la madre de la señora **MAIRA DANIELA JIMÉNEZ GIL** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.077.478.142 de Quibdó

Que en la actualidad la señora **CELIA CRUZ GIL SERNA** no obtiene ingresos en el año superiores a los que menciona la norma, por lo cual cumple los criterios para que pueda figurar como dependiente de la señora **MAIRA DANIELA JIMÉNEZ GIL**.

PARA USO EXCLUSIVO CERTIFICADO MDJG

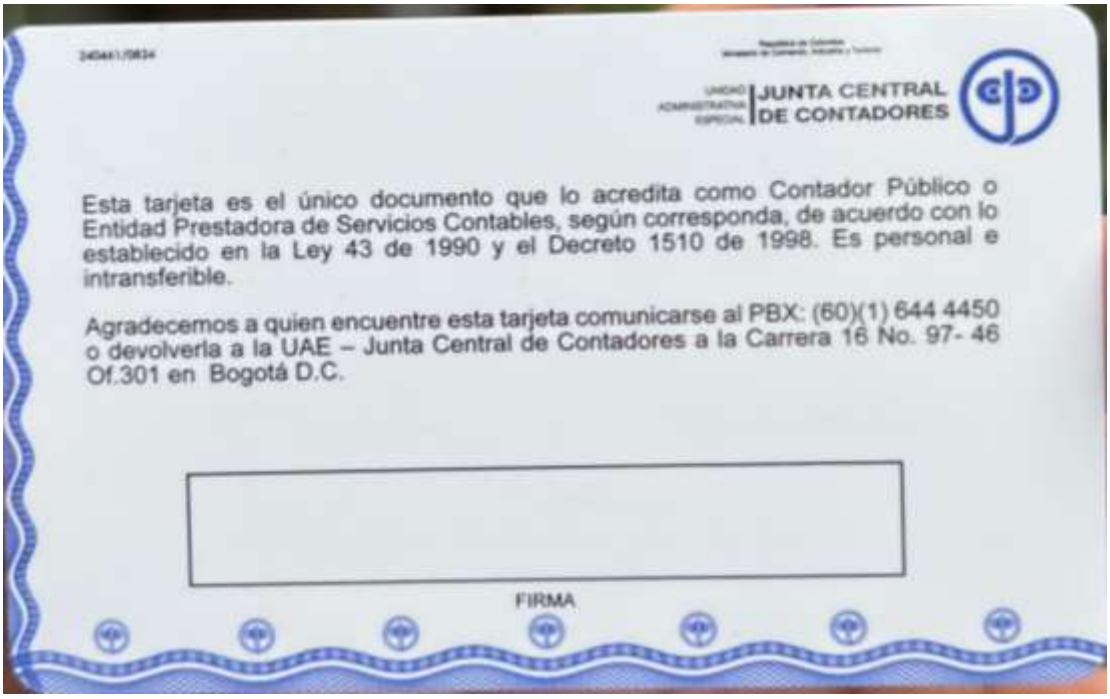
La presente certificación se expide para que la señora en mención sea tomada como deducción en el año gravable en curso.

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Quibdó, a los veinticuatro (24) días del mes de febrero de 2026.

Atentamente,

Kelly Sanchez H

KELLY PAOLA SANCHEZ HURTADO
Contadora Pública
TP. 335154 -T



UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público o Entidad Prestadora de Servicios Contables, según corresponda, de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990 y el Decreto 1510 de 1998. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (60)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

PARA USO EXCLUSIVO CERTIFICADO MDJG



República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

335154-T

KELLY PAOLA
SANCHEZ HURTADO
C.C. 1077479009
RES. INSCRIPCION 718 DEL 10/12/2024
UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DEL CHOCO DIEGO LUIS CORDOBA

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

385818 396931