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 SANTANDER

CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**912210**
Fecha Elaboración	**16 de Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**97355-202783**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ROBINSON SIMON ORDOÑEZ JAIMES	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.098.635.136	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	rordonezj@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	29178492096
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:	9135124/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**8826**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL EN EL PROGRAMA DE PROCESAMIENTO DE ALIMENTOS PL 8 MESES VR MES $4.737.480

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 32.846.528
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 37.899.840
Valor Bruto Pago:		**$ 4.737.480,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 28.109.048

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.480	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.480**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.777.832**	**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		----------	**9500978846**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.992	$ 1.894.992
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	II	$ 19.800	$ 19.800
		$	
		$	
		$	
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		$ 473.748	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 31.031.595	$ 926.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 926.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.777.832,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.737.480,00	
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 - 8530 - PIEDECUESTA	14.212,00	0,300%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$4.723.268,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Solicitud curso complementario en elaboración de programas para las buenas prácticas de manufactura en la industria de alimentos.

Orientar formación en Técnico en Desposte, Porcionado y Exhibición de Carnes, en Rionegro, Santander.

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

ROBINSON SIMON ORDOÑEZ JAIMES
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 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,

SAMIR REYES GOMEZ
INSTRUCTOR G20

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
ROSA INES BAEZ OVIEDO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

17/03/26 00:35:48 USUARIO: SIC - C.C. 1098635136

PROCESO		
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública [X]	Pública Clasificada [ ]	Pública Reservada [ ]

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 de marzo de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Piedecuesta

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:

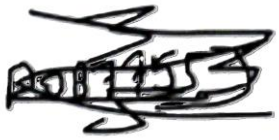
T.I.	**1097500768**	**Heilyn Viviana Ordoñez Carrillo**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,



_____

Robinson Simon Ordoñez Jaimes
C.C. 1.098.635.136

COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

ARTICULO 21 LEY 962 DE 2005. COPIAS DE LOS REGISTROS
ESTE REGISTRO CIVIL TIENE
VALIDEZ PERMANENTE

NUIP 1097500768

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41964477

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 08 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q6E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: ORDOÑEZ **********
Segundo Apellido: CARRILLO **********
Nombre(s): HEILYN VIVIANA **********
Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes MAR Día 19
Sexo (en letras): Femenino
Grupo Sanguíneo: O
Factor RH: Negativo
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA
Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número Certificado de nacido vivo: 51410790-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CARRILLO RIAÑO ROSA
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.1.098.637.859
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ORDOÑEZ JAIMES ROBINSON SIMON
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.635.136
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROBINSON SIMON ORDOÑEZ JAIMES
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.635.136
Firma

El Suscrito Notario Octavo de Bga da fe que esta fotocopia concuerda al original que reposa en el archivo de esta notaría.
DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO
NOTARIO OCTAVO
BUCARAMANGA
01 NOV 2021

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 2009 Mes MAR Día 24

Nombre y firma del funcionario que autoriza: DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO

LV-FOLIO 354

ESPACIO PARA NOTAS

EL NOTARIO PRIMERO DEL CIRCULO DE FLORIDABLANCA - SANTANDER TESTIFICA: QUE ESTA FOTOCOPIA FUE TOMADA DE FOTOCOPIA AUTENTICADA QUE TUVE A LA VISTA
09 MAY 2022
FLORIDABLANCA - SANTANDER

EFRAIN PANDIÑO MARIN
NOTARIO PRIMERO
DEL CIRCULO DE FLORIDABLANCA

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098635136		ORDOÑEZ JAIMES ROBINSON SIMON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VEREDA VERICUTE	FLORIDABLANCA-SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	138282975	9500978846	I	2026/04/13	2026/03/13	BANCOLOMBIA	0	$1,538,200

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)					$5,300,000	$848,000			$5,300,000	$662,500			$0	$0			$5,300,000	$27,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,300,000	$848,000			$5,300,000	$662,500			$0	$0			$5,300,000	$27,700		$0	$0
Ciudad: FLORIDABLANCA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$5,300,000	$848,000			$5,300,000	$662,500			$0	$0			$5,300,000	$27,700		$0	$0
1	CC	1098635136	ORDOÑEZ ROBINSON	230201	30	$5,300,000	$848,000	EPS002	30	$5,300,000	$662,500		0	$0	$0	14-23	30	$5,300,000	$27,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$5,300,000	$848,000			$5,300,000	$662,500			$0	$0			$5,300,000	$27,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098635136		ORDOÑEZ JAIMES ROBINSON SIMON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VEREDA VERICUTE	FLORIDABLANCA-SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	138282975	9500978846	I	2026/04/13	2026/03/13	BANCOLOMBIA	0	$1,538,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$848,000	$0	$0	$848,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$848,000	$0	$0	$848,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,700	$0	$0	$27,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$27,700	$0	$0	$27,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$662,500	$0	$0	$662,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$662,500	$0	$0	$662,500
TOTAL				**1**	**$1,538,200**	**$0**	**$0**	**$1,538,200**