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 ATLÁNTICO

DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO

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

Código Regional	**8**
Código Centro	**101008**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**49566-148273**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	KARINA LICETH CASTILLO SANTIAGO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.048.205.622	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	karile1214@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	025770068515
IP/Nº de contacto:	0	**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?	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:	8905972/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**3826**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST.: PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SENA Y A LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES DE EMPRENDIMIENTO,RADICADO 08-9-2026-000984...PZO 31/12/2026

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 50.320.000
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 57.868.000
Valor Bruto Pago:			**$ 5.032.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 45.288.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.032.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 459.098	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.491.098**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.268.688**	**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		----------	**6007583850**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.012.800	$ 2.012.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 251.600	$ 251.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 322.100	$ 322.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 10.600	$ 10.600
		$	
		$	
		$	
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		$ 549.110	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 41.375.460	$ 1.089.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.425.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.268.688,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.491.098,00	
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 - BARRANQUILLA	63.697,00	1,160%
-	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	**$4.968.303,00**	

SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientación a diferentes grupos poblacionales (campesinos y economía popular), en miras a las convocatorias 2026

Seguimiento periódico a las actividades programadas para el cumplimiento del plan de acción 2026

Informes de seguimiento marzo 2026

Asistencia a las jornadas de socialización sobre normatividad, metodologías y lineamientos de la Ruta Emprendedora dirigidas a instruc

Asistencia técnica a emprendedores y grupos asociativos en las fases de: 1.Puesta en marcha:

Presentación oportuna de entregables mensuales conforme al plan de acción individual, incluyendo soportes técnicos y administrativos r

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

KARINA LICETH CASTILLO SANTIAGO
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,

HERNAN ALBERTO BERDEJO MARTINEZ
PROFESIONAL G02

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
JACQUELINE ROJAS SOLANO
DIRECTOR REGIONAL A G08

19/03/26 12:16:29 USUARIO: SIC - C.C. 1048205622

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1048205622
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KARINA LICETH CASTILLO SANTIAGO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARANOA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CARRERA15 A 20 B 02	TELÉFONO:	3023484
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6007583850**		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):		2026/02/25		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		89898607	

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	$ 321.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 321.500	$ 0	$ 321.500
SUBTOTALES:										**$ 321.500**	**$ 0**	**$ 321.500**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 251.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 251.200	$ 0	$ 0	$ 251.200
SUBTOTALES:													**$ 251.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 251.200**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.500	$ 10.500	$ 0	$ 0	$ 10.500
SUBTOTALES:									**$ 10.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 10.500**

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 1048205622	CASTILLO SANTIAGO KARINA LICETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.954.000				NO								01-28										230201-PROTECCION	30	$ 2.008.880	$ 321.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 321.500	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 2.008.880	$ 251.200	$ 0	$ 251.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.008.880	104820562	$ 10.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 583.200

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA Barranquilla, febrero 25 de 2026

PRESENTADO A: Jacqueline Rojas Solano – directora regional Atlántico

ORDEN DE VIAJE No: 3026	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	24-02-2026	**24-02-2026**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO Candelaria	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
	Atlántico	

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Acompañamiento visita de interventoría plan de negocios GANADERIA SANTAROSA - 90823

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Se acompañó el recorrido técnico junto con el equipo interventor, verificando el avance de las actividades ejecutadas y el cumplimiento de los requerimientos establecidos.
2. Se revisó documentación soporte y registros relacionados con la operación del proyecto, garantizando su coherencia con los informes presentados, atendiendo las inquietudes del interventor y brindando la información frente al desarrollo de las acciones ejecutadas
3. Se tomaron notas, evidencias y observaciones necesarias para fortalecer el plan de mejora y asegurar el cumplimiento de las obligaciones contractuales o institucionales.

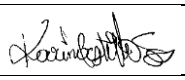
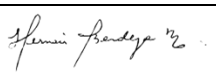
RESULTADOS:

Se verificó el avance real de los proyectos o actividad intervenida, identificando fortalezas y aspectos que requieren seguimiento. Dando cumplimiento a la programación establecida para la visita, generando acuerdos y compromisos claros para atender las recomendaciones emitidas por la interventoría

EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

Día 1: Acompañamiento visita de interventoría plan de negocios GANADERIA SANTAROSA - 90823



COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Visita al municipio de Candelaria	Karina Liceth Castillo Santiago	Febrero de 2026
• El acompañamiento a la visita de interventoría permitió garantizar transparencia, seguimiento y control sobre el desarrollo de las actividades ejecutadas. • La presencia en territorio facilitó la verificación directa de los avances y necesidades, fortaleciendo la calidad de la información reportada.		
DATOS DEL CONTRATISTA		
NOMBRE Y APELLIDO		**FIRMA**
Karina Liceth Castillo Santiago		
VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador APE	**Hernan Berdejo Martínez**	

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA Barranquilla, marzo 13 de 2026

PRESENTADO A: Jacqueline Rojas Solano – directora regional Atlántico

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
9626	**11-03-2026** **12-03-2026**	**11-03-2026** **12-03-2026**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO **Ponedera** **Palmar de Varela**	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** **Atlántico**	**OTRA: (ciudad)**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Actividades propias del área de emprendimiento

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Se realizaron desplazamientos a los territorios con el fin de brindar acompañamiento técnico y metodológico a los emprendedores en etapa de orientación y formulación de planes de negocio.
2. Se apoyó la consolidación de información financiera, técnica y de mercado necesaria para la estructuración de los planes de negocio.
3. Se levantó información de campo relacionada con la caracterización de la unidad productiva, costos de producción y proyecciones económicas.

RESULTADOS:

Se avanzó en la estructuración técnica y financiera de las propuestas, aumentando su nivel de calidad y probabilidad de aprobación, fortaleciendo las capacidades de los emprendedores en temas de planeación, análisis de costos, mercado y sostenibilidad del negocio y consolidando insumos que permitirán la postulación oportuna de los proyectos dentro de los plazos establecidos por la convocatoria.

Durante la jornada de orientación se evidenció interés por parte de las asociaciones en participar en los procesos de formulación y estructuración de iniciativas productivas, lo cual contribuye al fortalecimiento del ecosistema de emprendimiento en el departamento del Atlántico.

EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

Día 1: 11-03-2026 Ponedera



Día 1: 12-03-2026 Palmar de Varela



COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Visita a los municipios de Ponedera Palmar de Varela	Karina Liceth Castillo Santiago	Marzo de 2026

CONCLUSIÓNES:

Atención directa, personalizada y efectiva a los emprendedores, asegurando el cumplimiento de las metas institucionales relacionadas con la promoción y estructuración de iniciativas empresariales.

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Karina Liceth Castillo Santiago	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador APE	**Hernan Berdejo Martínez**	