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	38569-556710

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LEICY YURANI ANDRADE MOSQUERA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.035.869.089	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	yandradem@sena.edu.co	Número de Cuenta:	53600004098
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:	9119962/2026	Nº Compromiso SIIF	12026	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACION DE INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL TITULADA DEL PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA MEDIA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	02/02/2026 Al 28/02/2026	Saldo Anterior del Contrato:	$ 46.332.000
Número de pago	1	Valor Total del Contrato:	$ 46.332.000
Valor Bruto Pago:	$ 4.212.000,00	Nuevo Saldo del Contrato:	$ 42.120.000

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	$ 2.575.900	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

		Febrero	Enero			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.575.900,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	9499957760	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.862.500,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.225.634	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 153.300	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 196.200	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 6.400	$ 0	Reteica - 8551 - QUIBDO	7.725,00	0,200%
		$		-	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 Utch	63.180,00	1,500%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 421.200		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 34.479.550	$ 859.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		VALOR A PAGAR	$4.141.095,00	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

En el mes de febrero de 2026 se da inicio a las siguientes actividades en la I.E San José, para la media técnica en asistencia adminis
Se realiza la recolección de documentos para la matriculas de los estudiantes del grado 10° de la institución educativa San José, para
Se elaboró y ejecutó la planeación pedagógica conforme al programa de formación del Técnico en Asistencia Administrativa, el calendari
Se brindo repaso de actividades académicas y acompañamiento personalizado a los aprendices del grado 11° para dar una continuidad a la
Creación y divulgación del curso complementario Digitación de Texto, con el objetivo de mejorar las necesidades de la comunicación.
Se realizo reunión con la coordinadora académica Francy Zulima Mosquera, para conocer estado actual de los aprendices, dar de primera
Participación en la reunión de acudientes de los aprendices del grado 10° y 11°, en la cual se dio a conocer la importancia y por qué
Para el mes de febrero se desarrolla la guía de aprendizaje con los Aprendices en el ambiente de formación de acuerdo con la planeaci
Para el mes de febrero se elaboró planes de mejora para aprendices con bajo desempeño y creación de estrategias para el cumplimiento d

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

LEICY YURANI ANDRADE MOSQUERA
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: 2026.02.25 16:08:22 -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

20/02/26 10:43:01 USUARIO: SIC - C.C. 1035869089

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 1035869089		ANDRADE MOSQUERA LEICY YURANI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 64 d carrera 106 207	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3233821592	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	76993739	9499957760	I	2026/02/20	2026/02/20	BANCO DE BOGOTA	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: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$0	$0
1	CC	1035869089	ANDRADE LEICY	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$9,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$9,200		$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 1035869089		ANDRADE MOSQUERA LEICY YURANI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 64 d carrera 106 207	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3233821592	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	76993739	9499957760	I	2026/02/20	2026/02/20	BANCO DE BOGOTA	0	$508,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$508,300	$0	$0	$508,300

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 327202

Jueves, 19 de febrero de 2026, 6:33:38 p. m.

Detalle

$508.300
Valor Pagado

IVA incluído:	$0
Pago a:	APORTES EN LINEA
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *9385
Descripción:	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9499957760

Fecha y hora inicio transacción	2026-02-19 18:32:20
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9499957760
Código Único de Seguimiento	76993739
Dirección IP:	190.60.46.226

Referencia 1:	190.60.46.226
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1035869089

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141164641065

(415)7707212489984(8020) 000014116464106 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 5 8 6 9 0 8 9	3	Impuestos de Medellín 1 1	

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 3 5 8 6 9 0 8 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Girardota 3 0 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ANDRADE	MOSQUERA	LEICY	YURANI

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

41. Dirección principal: CL 64 B CR 106 207 IN 209

42. Correo electrónico: andradeleicy@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 3 3 8 2 1 5 9 2	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 2 2 0	2 0 2 5 0 2 0 5	6 8 1 0	2 0 2 2 0 7 1 3				4 1 2 2	

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 ANDRADE MOSQUERA LEICY YURANI

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **LEICY YURANI ANDRADE MOSQUERA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1035869089** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1035869089
NOMBRES Y APELLIDOS	LEICY YURANI ANDRADE MOSQUERA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/01/2026
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	192
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	0

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **20/01/2026**

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

QUIBDO, 18 de febrero del 2026

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
QUIBDO

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:

TI	**1018248637**	**LEIVIS DAHIANA MOSQUERA ANDRADE**	**HIJA(a)**

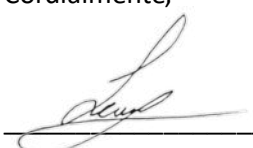
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



LEICY YURANI ANDRADE MOSQUERA
C.C. 1035869089

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1018248637

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51022057

5102205 2*

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	24	☐	☐	☐	A 4 M

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MOSQUERA	ANDRADE

Nombre(s)
LEIVIS DAHIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes ABR Día 17	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52333791-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
ANDRADE MOSQUERA LEICY YURANI

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TARJETA DE IDENTIDAD 94101221959	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
MOSQUERA CAICEDO LEVISTON STWAR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 82.363.632	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MOSQUERA CAICEDO LEVISTON STWAR

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 82.363.632	LEVISTON MOSQUERA

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010 Mes MAY Día 07	JESUS OTILIO RUIZ RESTREPO (Nombre y firma JESUS OTILIO RUIZ R. NOTARIO VEINTICUATRO DEL CIRCULO DE MEDELLIN

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
LEVISTON STWAR MOSQUERA Firma	JESUS OTILIO RUIZ RESTREPO Nombre y firma JESUS OTILIO RUIZ R. NOTARIO VEINTICUATRO DEL CIRCULO DE MEDELLIN

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned with CamScanner