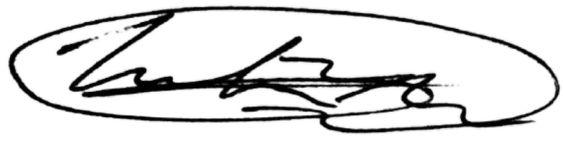

 <b>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)</b>		Código Regional	76
<b>REGIONAL VALLE</b> <b>CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE</b>		Código Centro	954310
<b>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</b>		Fecha Elaboración	Marzo de 2026
		Versión	ENERO - 1,26
		ID de Proceso	71938-874264
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>			
Nombres y apellidos:	RITO ALFONSO SALAZAR MOYA	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	93.387.895	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	rasalazar@sena.edu.co	Número de Cuenta:	24049176869
IP/Nº de contacto:	23607	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	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		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	
<b>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.</b>		0,00%	
<b>DATOS DEL CONTRATO</b>			
Nº del contrato:	8851385/2026	Nº Compromiso SIIF	24526
		Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADMIN Y GESTION: CESION CO1.PCCNTR.8851385 PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO ARTICULADOR DE PLANEACIÓN EN EL CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES, MEDIANTE LA COORDINACIÓN, SEGUIMIENTO Y APOYO EN LA FORMULACIÓN, EVALUACION DE PROYECTOS		
<b>DATOS PERIODO DEL PAGO</b>			
Del	01/03/2026	Al	31/03/2026
Número de pago	2	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 47.740.500
Valor Bruto Pago:	\$ 4.774.050,00	Valor Total del Contrato:	\$ 50.923.200
		Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 42.966.450
<b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>			
Ingresos por honorarios	\$ 4.774.050	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.774.050</b>		\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.806.245</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>
<b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>			
	<b>Marzo</b>	<b>Febrero</b>	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	6008097844	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.806.245,00 TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.909.620	\$ 1.750.905	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.229.650,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 238.800	\$ 218.900	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 305.600	\$ 280.200	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
ARL	\$ 10.000	\$ 9.200	Menos Retencion IVA 0,00 15%
	\$		Reteica - 8299 - CALI 0,00 0,000%
	\$		Reteica - 8299 - CARTAGO 25.378,00 0,600%
	\$		- 0,00 0%
	\$		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Pro-UCEVA 23.870,00 0,500%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Universidad del Pacifico 0,00 0,500%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Dependientes hasta	\$ 477.405		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 37.927.505	\$ 936.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 589.000		
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
			<b>VALOR A PAGAR \$4.724.802,00</b>
<b>SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS DOS PESOS M/CTE</b>			
<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>			
Revisión de plan tecnológico			
Participación en reuniones de la subdirección de centro			
Revisión y análisis distribución presupuestal de centro			
Participación mesa tecnica nacional de articuladores de planeacion			
Analisis y proyeccion de solicitud de recursos para el centro de formacion			
<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>		 <b>RITO ALFONSO SALAZAR MOYA</b> <b>EL CONTRATISTA</b>	
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			
<b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>		 <b>JOSE EDINSON ESCOBAR SALCEDO</b> <b>PROFESIONAL G08</b>	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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 periodo 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.			
<b>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</b> <b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b> <b>JOSE EDINSON ESCOBAR SALCEDO</b> <b>SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)</b>			

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	93387895
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RITO ALFONSO SALAZAR MOYA
CIUDAD/MUNICIPIO:	PEREIRA	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	MZ 6A CS 4 BELMONTE	TELÉFONO:	3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

NÚMERO PLANILLA:	<b>6008097844</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	150329978

**NOVEDADES**

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

		TOTALES	
		COTIZANTES	TOTAL PAGADO

**PENSIÓN**

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 302.300
<b>SUBTOTAL:</b>			1	<b>\$ 302.300</b>

**SALUD**

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 236.100
<b>SUBTOTAL:</b>			1	<b>\$ 236.100</b>

**RIESGOS PROFESIONALES**

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 9.900
<b>SUBTOTAL:</b>			1	<b>\$ 9.900</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 548.300</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 548.300</b>



PROCESO		
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública <input type="checkbox"/>	Pública Clasificada <input checked="" type="checkbox"/>	Pública Reservada <input type="checkbox"/>

Marzo 2026

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, 18 de marzo 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:

<b>T.I.</b>	<b>1105468531</b>	<b>Melanny Stephania Salazar Sanabria</b>	<b>HIJO</b>
-------------	-------------------	---	-------------

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,

---

FIRMA

Nombre: Rito Alfonso Salazar Moya

C.C. 93.387.895

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

NUIP **1105468531**      **REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**      Indicativo Serial **4 1629892**

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Abstracción     Nomina    Numero **03**     Consulado     Corregimiento     Inspección de Policía    Código **T 3 B**  
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

**COLOMBIA \* \* \* \* \* TOLIMA \* \* \* \* \* IBAGUE \* \* \* \* \***

*Datos del inscrito*

Primer Apellido **BALAZAR \* \* \* \* \***      Segundo Apellido **SANABRIA \* \* \* \* \***  
(Nombres)  
**MELANNY STEPHANIA \* \* \* \* \***  
 Fecha de nacimiento      Sexo (en letras)      Grupo Sanguíneo      Factor RH  
 Año **2008**    Mes **OCT**    Día **10**    **FEMENINO**    **O**    **POSITIVO**  
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

**COLOMBIA \* \* \* \* \* TOLIMA \* \* \* \* \* IBAGUE \* \* \* \* \***

*Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos*      *Número certificado de inscripción*

**CERTIFICADO NACIDO VIVO \* \* \* \* \***      **51153444-8 \* \* \***


*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos  
**SANABRIA MEDINA AYDA XIMENA \* \* \* \* \***  
Documento de identificación (Clase y número)      Nacionalidad  
**CC 3,110,470,482 DE IBAGUE \* \* \* \* \***      **COLOMBIANA \* \***

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos  
**BALAZAR MOYA RITO ALFONSO \* \* \* \* \***  
Documento de identificación (Clase y número)      Nacionalidad  
**CC 93,387,895 \* DE IBAGUE \* \* \* \* \***      **COLOMBIANA \* \***

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos  
**BALAZAR MOYA RITO ALFONSO \* \* \* \* \***  
Documento de identificación (Clase y número)      Firma  
**CC 93,387,895 \* DE IBAGUE \* \* \* \* \***      

*Datos primer testigo*

Apellidos y nombres completos  
 \* \* \* \* \*  
Documento de identificación (Clase y número)      Firma  
 \* \* \* \* \* **DE** \* \* \* \* \*

*Datos segundo testigo*

Apellidos y nombres completos  
 \* \* \* \* \*  
Documento de identificación (Clase y número)      Firma  
 \* \* \* \* \* **D** \* \* \* \* \*

Fecha de inscripción      Nombre y firma del funcionario que inscribió  
 Año **2008**    Mes **OCT**    Día **24**      **MANUEL RAMÓN GARCÍA NIÑO**

Reconocimiento paterno      Nombre y firma del funcionario ante quien se reconoció el parentesco  
      **MANUEL RAMÓN GARCÍA NIÑO**  
Firma

ESPACIO PARA NOTAS

**LIBRO DE VARIOS FOLIO N° 092 LIBRO N° 143 De 24-10-2008**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.105.468.531**

**SALAZAR SANABRIA**

APELLIDOS

**MELANNY STEPHANIA**

NOMBRES

*Melanny Stephania*

*Salazar Sanabria*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-2008**

**IBAGUE  
(TOLIMA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**10-OCT-2026**

FECHA DE VENCIMIENTO

**13-MAY-2016 PEREIRA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

**O+**

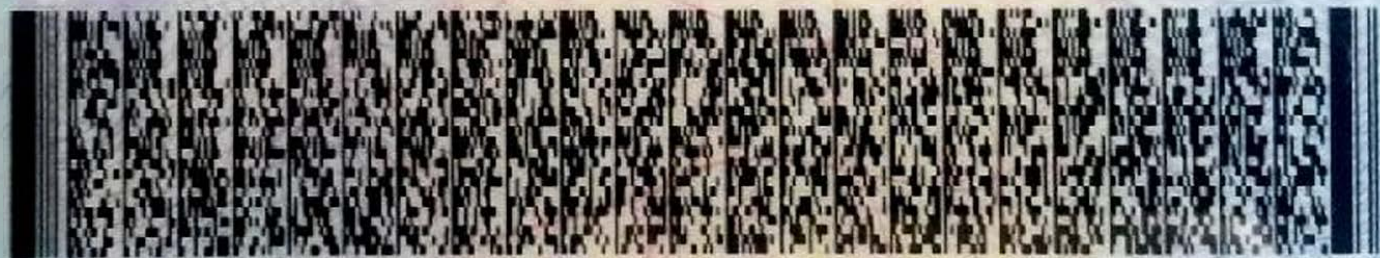
G S RH

**F**

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACA

INDICE DERECHO



P-2400100-00833964-F-1105468531-20160602

0049952336A 1

46189375