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

DESPACHO DIRECCION

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**101068**
Fecha Elaboración	**17 de Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**79218-107719**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LINDA LUCIA GALVIS AVILES	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	1.096.213.849	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	galvis_7av@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	168194868
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**	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:	9191527/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**17126**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST: PARA CONTRIBUIR DESARROLLO DE ACCIONES DE ORIENTACION Y FORTALECIMIENTO DE ESTRATEGIAS PARA ATENCION DE OFERENTES BUSCADORES DE EMPLEO Y EMPLEADORES EN MARCO DE SERVICIOS DE GESTION Y COLOCACION DE APE PL 327D VR MES$4.368.000				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 43.680.000
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.611.200
Valor Bruto Pago:		**$ 4.368.000,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 39.312.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.368.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.368.000**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.566.900**	**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		--------	**8358211610**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.566.900,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 1.750.905	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.368.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 218.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 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		$ 9.200	$ 9.200	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8299	0,00	0,600%
		$		-	0,00	0,600%
		$		-	0,00	0,600%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 436.800		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Sobretasa Bomberil	0,00	10,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 856.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 757.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.368.000,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se atiende usuario que visito la APE para la búsqueda de empleo.

Se realiza orientación grupal a los aprendices del área de instrumentación

Se Realiza reinducción a los aprendices para la actualización de la hoja de vida en plataforma

Pendiente Capacitación chatbot para el cumplimiento de esta obligación

Capacitación de las PQRS, para el cumplimiento de los indicadores

Se apoya en la logística y atención en feria del día de la mujer en las oficinas APE-CIDT

Se envía correo a las empresas para el seguimiento y ofrecimiento de servicios APE, cierre y apertura de vacantes.

Se envía informe de la gestión realizada de los requerimientos enviados desde la coordinación regional

Se envía informe semanal a la líder de la APE para el cumplimiento de indicadores, y se realiza registro y cierre de solicitudes.

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

LINDA LUCIA GALVIS AVILES
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,

ROSA SERNA GUTIERREZ
PROFESIONAL G01

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
JHON EDISON JIMENEZ MARTINEZ
DIRECTOR REGIONAL A G08

15/03/26 16:04:16 USUARIO: SIC - C.C. 1096213849

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LINDA LUCIA GALVIS AVILES
No. Identificación: CC1096213849
Dirección: CORREGIMIENTO EL CENTRO VDA EL CRETACEO
Telefono: 6109162
Correo: asesoriasrl_@hotmail.com
Ciudad: BARRANCABERMEJA
Número de Planilla: 8358211610

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LINDA LUCIA GALVIS AVILES	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1096213849	**Periodo de Cotización Salud**	febrero de 2026
Número de planilla	8358211610	**Periodo de Cotización Pensión**	febrero de 2026
Fecha pago	2026-03-13	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	93000773	**Total Pagado**	542600
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	800

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	42800	1
230301	Porvenir	280600	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	219200	1

8358211610

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1096213849
APELLIDOS Y NOMBRES: LINDA LUCIA GALVIS AVILES

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 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:

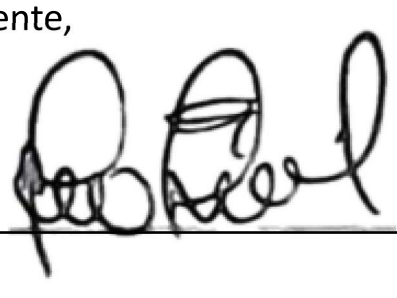
R.C	**1096815691**	**SAMUEL PEÑALOZA GALVIS**	**HIJO**

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,



FIRMA
Nombre: LINDA LUCIA GALVIS AVILES
C.C. 1096213849 BARRANCABERMEJA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1096815691

Indicativo Serial 58306937

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	X	Número	01	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	**Código**	Q	4	H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento c/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - BARRANCABERMEJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEÑALOZA **********	GALVIS **********

Nombre(s)

SAMUEL **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes MAY Día 21	Masculino	A	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento c/o Inspección)

COLOMBIA - SANTANDER - BARRANCABERMEJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	16176437 -0

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GALVIS AVILES LINDA LUCIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.096.213.849	COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PEÑALOZA ARIAS YEFER ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.431.647	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEÑALOZA ARIAS YEFER ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.431.647	

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 2020 Mes MAY Día 22

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MITZY GARCIA ARMESTO

Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DESPACHO
DESCARGADA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Impr por OTAR S.A. FIDX (5) 3318001 Bogotá - para IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA