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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**31 de Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**29057-411274**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NADIA GISELA ARENAS URIBE	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	63.534.850	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	n_a_d_i_a_u@yahoo.com	**Número de Cuenta:**	30333361058
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:	8881517/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**17926**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA ATENDER LA FORMACIÓN COMPLEMENTARIA EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS RELACIONADAS CON LA RED DE CONOCIMIENTO LOGÍSTICA Y TRANSPORTE EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.479.971
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.585.802
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 40.742.474

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.140.497**	**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		----------	**6003966267**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.750.905
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 218.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 280.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.900	$ 9.200
		$	
		$	
		$	
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		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 899.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
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 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
-	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	**$4.696.950,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar cierre del programa DESARROLLO DE NUEVAS ESTRATEGIAS COMERCIALES correspondiente a las fichas: (3417762- 3417766 – 3417767 y 3417768)

Realizar sesiones de inducción a los aprendices sobre reglas, normas, derechos y deberes a los aprendices, así como explicación de la temática y evidencias.

Participar en las reuniones y capacitaciones organizadas por el centro de formación.

Invitar a los aprendices a los diferentes programas ofertados por la entidad de manera virtual.

Realizar alistamiento y ejecución del programa DESARROLLO DE NUEVAS ESTRATEGIAS COMERCIALES correspondiente a las fichas: (3446452, 3446453, 3446467 y 3446468)

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

NADIA GISELA ARENAS URIBE
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,

JOHANY ANDRES CASALINAS GOMEZ
INSTRUCTOR G14

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
JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	63534850
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NADIA GISELA ARENAS URIBE
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 123 N 32 53	TELÉFONO:	6056708
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Formación académica no formal.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6003966267**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		6			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		151339082

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	$ 305.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 305.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 238.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 238.500**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8902001061	CCF39	CCF39-CAJASAN	1	$ 38.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 38.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 10.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 10.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 589.500**
VALOR MORA:	**$ 2.500**
TOTAL PAGADO:	**$ 592.000**

Planilla Pagada

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

NADIA GISELA ARENAS URIBE

C.C 63.534.850

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 19 de marzo 2026

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761146449000

SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A

NIT. 800130907-4

CERTIFICA QUE:

El Sr(a). **NADIA GISELA ARENAS URIBE** identificado(a) con CC. número **63534850**, canceló la suma de dos millones cuatrocientos treinta y tres mil sesenta pesos ($2,433,060.00) por concepto de **PAGO DE PLAN DE ATENCION COMPLEMENTARIA**, durante el año gravable 2025.

Beneficiarios del contrato:

Nombre	Documento	Tipo Documento	Parentesco	Plan	Base Calculo IVA	Valor IVA	Descuento Financiero	Valor Cancelado
NADIA GISELA ARENAS URIBE	63,534,850	CC	Contratante	GAMA	$1,209,600.00	$60,480.00	$0.00	$1,270,080.00
MARIA VICTORIA MONTOYA ARENAS	1,097,155,941	RC	Hijo	GAMA	$1,107,600.00	$55,380.00	$0.00	$1,162,980.00
TOTAL					$2,317,200.00	$115,860.00	$0.00	$2,433,060.00

El presente certificado se expide a solicitud de el (la) interesado(a), para efectos tributarios, en Bogotá a los 19 días del mes de marzo del año 2026.

Conforme a lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 1.2.4.1.6 del decreto 1625 de 2016 (DUR), el monto máximo a deducir son 16 UVT por cada mes trabajado, para un total límite de 192 UVT al año.

Este certificado no requiere firma autógrafa conforme al Art 10 del Decreto 836 de 1991 y articulo 6 de decreto 4713 de 2007.

Cualquier inquietud, sugerencia o reclamo con gusto será atendida a través del link Contáctenos en www.saludtotal.com.co o a través de nuestros medios telefónicos y personales en su sucursal que podrá consultar en nuestra página web.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS.S S.A

Elaboró: Servicios en línea

SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A

NIT. 800130907-4

CERTIFICA QUE:

El Sr(a). **NADIA GISELA ARENAS URIBE** identificado(a) con CC. número **63534850**, canceló la suma de cuatrocientos cincuenta y dos mil ciento treinta pesos ($452,130.00) por concepto de **PAGO DE PLAN DE ATENCION COMPLEMENTARIA**, durante el año gravable 2026.

Beneficiarios del contrato:

Nombre	Documento	Tipo Documento	Parentesco	Plan	Base Calculo IVA	Valor IVA	Descuento Financiero	Valor Cancelado
NADIA GISELA ARENAS URIBE	63,534,850	CC	Contratante	GAMA	$224,400.00	$11,220.00	$0.00	$235,620.00
MARIA VICTORIA MONTOYA ARENAS	1,097,155,941	RC	Hijo	GAMA	$206,200.00	$10,310.00	$0.00	$216,510.00
TOTAL					$430,600.00	$21,530.00	$0.00	$452,130.00

El presente certificado se expide a solicitud de el (la) interesado(a), para efectos tributarios, en Bogotá a los 19 días del mes de marzo del año 2026.

Conforme a lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 1.2.4.1.6 del decreto 1625 de 2016 (DUR), el monto máximo a deducir son 16 UVT por cada mes trabajado, para un total límite de 192 UVT al año.

Este certificado no requiere firma autógrafa conforme al Art 10 del Decreto 836 de 1991 y articulo 6 de decreto 4713 de 2007.

Cualquier inquietud, sugerencia o reclamo con gusto será atendida a través del link Contáctenos en www.saludtotal.com.co o a través de nuestros medios telefónicos y personales en su sucursal que podrá consultar en nuestra página web.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS.S S.A

Elaboró: Servicios en línea