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 HUILA

CENTRO DE LA INDUSTRIA, LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS-HUILA

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

Código Regional	**41**
Código Centro	**952710**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**82943-020381**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARTHA LILIANA ALVAREZ RIVERA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	55.062.671	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mlalvarez1@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	000209505668
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:	9020760/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**7626**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:41_9527_114 PSP EN PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA; CON EL FIN DE PLANEAR, ORIENTAR Y EVALUAR ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL EN LA ESPECIALIDAD: ASISTENCIA ADMINISTRATIVA.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 42.637.473
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.217.053
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 37.899.976

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	**$ 2.785.747**	**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		----------	**9500926030**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.038.038
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 129.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 166.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.900	$ 5.500
		$	
		$	
		$	
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		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.479.550	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 955.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.737.497,00	
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	0,00	0,350%
-	0,00	0,350%
-	0,00	0,350%
-	0,00	0,350%
-	0,00	0,350%
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	**$4.737.497,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante este periodo realicé las siguientes actividades en desarrollo del contrato No.No. CO1.PCCNTR.9020760

1.Impartí formación profesional en el programa de Articulación del SENA con la Educación Media en el Técnico Asistencia Administrativa realicé la formación de manera presencial,en las siguientes fichas:3153926 Jose Eustasio Rivera, 3153945 Misael Patrana Borrero_Rivera

2.Realicé proyeccion respuestas radicados de las Instituciones Educativas de las aperturas de fichas.

3.Presenté informe de ejecución contractual, cuenta de cobro, afiliación seguridad del mes de febrero.

4.Asistí a la reunión de Equipo ejecutor del programa.

5.Apoye revisión de documentos para cuenta: Formatos de Ambientes, formato selección alternativa etapa práctica, otros.

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

MARTHA L. ALVAREZ R

MARTHA LILIANA ALVAREZ RIVERA
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,

OMAR GEOVANNY PARDO MACIAS
COORDINADOR ACADÉMICO

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
FERMIN BELTRAN BARRAGAN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 55062671		ALVAREZ RIVERA MARTHA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Kra 2 # 11 - 48	NEIVA-HUILA	8000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	1000001160	9500926030	I	2026/03/17	2026/03/06	BANCO DE BOGOTA	0	$531,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,832,000	$293,200			$1,832,000	$229,000			$0	$0			$1,832,000		$9,600		$0	$0		$531,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,832,000	$293,200			$1,832,000	$229,000			$0	$0			$1,832,000		$9,600		$0	$0		$531,800
Ciudad: NEIVA Depto: HUILA (1 Afiliados)																					$1,832,000	$293,200			$1,832,000	$229,000			$0	$0			$1,832,000		$9,600		$0	$0		$531,800
1	CC	55062671	ALVAREZ MARTHA	X																23030 1	30	$1,832,000	$293,200	EPS037	30	$1,832,000	$229,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,832,000	0.522%	$9,600	0	$0	$0	No	$531,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,832,000	$293,200			$1,832,000	$229,000			$0	$0			$1,832,000		$9,600		$0	$0		$531,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$293,200	$0	$0	$293,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$293,200	$0	$0	$293,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,600	$0	$0	$9,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,600	$0	$0	$9,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$229,000	$0	$0	$229,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$229,000	$0	$0	$229,000
TOTAL				**1**	**$531,800**	**$0**	**$0**	**$531,800**

Multipagas

OFC: 1652 - RM - Quinta Avenida Neiva

FCH: 06/03/2026 02:00:23 PM

CAJ: ycedeño - YAMILET CEDEO MACIAS

TER:

TRANSACCION	Movil PLANILLA AS APORTES EN LINEA
REFERENCIA 1	9500926030
REFERENCIA 2	0
REFERENCIA 3	
VALOR	531,800.00

MEDIOS DE PAGO	VALOR
Efectivo Recibido	531,800.00

c7afd0b09bcc4e57b2e595b65777c21d

Multipagas

PROCESO		
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública [X]	Pública Clasificada [ ]	Pública Reservada [ ]

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SENA - REGIONAL HUILA
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2026-001120
9/02/2026 4:02:31 p. m.
Destinatario: _____

Neiva, 09 de febrero de 2015

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Neiva

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:

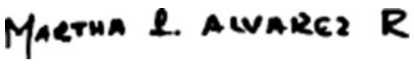
T.I.	**1077855741**	**MARIANA ALARCON ALVAREZ**	**HIJO**

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: MARTHA LILIANA ALVAREZ RIVERA
C.C. 55062671

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.077.855.741

ALARCON ALVAREZ

APELLIDOS

MARIANA

NOMBRES

Mayiana

FIRMA



Escaneado con CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 21-FEB-2008

GARZON
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO

21-FEB-2026 O+ F

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

16-DIC-2015 GARZON

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1903400-00780561-F-1077855741-20151230 0047899352A 1 7113715423

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1077855741

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42741166

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 7 2

País - Departamento - Municipio - corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE GARZON COLOMBIA HUILA GARZON**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ALARCON**********	ALVAREZ**********

Nombre(s)

MARIANA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes MAR Día 04	FEMENINO********	O******	+ ****

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

COLOMBIA HUILA GARZON**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	501706536*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ RIVERA MARTHA LILIANA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0055062671**********	COLOMBIA*********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ALARCON MORA YAMID**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0012197392**********	COLOMBIA*********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ALARCON MORA YAMID**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0012197392**********	

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 2008 Mes MAR Día 05	Nombre y firma JORGE ELIAS LASSO DIAZ**********

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner

Bancoomeva

Registro Transacciones Caja

35 09/01/2026 15:07:58 mspr3277 162014681
ON 26557 - Ordenes de ingreso - 58
Oficina: 114 - OFICINA NEIVA

Num. orden: 5065572 - Ordenes de ingreso
Transacción: 936 - 936-FUNDACION UNIVERSITARIA NAVARRA-UNINAVARRA
Moneda: 0 - PESOS COLOMBIANOS

Identificación: 900480042
Nombre Cliente: 936-FUNDACION UNIVERSITARIA NAVARRA-UNINAVARRA
Numero de cuenta/referencia: 0

Efectivo: 7,793,816.00
Total: 7,793,816.00

NIT. 900.406.150-5
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
Cliente
dispapeles

SF-FT-511/V4(Anverso)

00000001000000026779

Scanned with CamScanner

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA NAVARRA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA NAVARRA - UNINAVARRA

900.480.042-2

Calle 10 N° 6 - 41 - Tel: 8740089

N° Identificación: 1077855741 **Código Id:** 109318 **Recibo de Pago N°:** 00000000001000000026779

Nombre: ALARCON ALVAREZ MARIANA **Programa:** ENFERMERÍA

Período: 2026 PRIMER PERIODO

DETALLE		
2025-12-02	SEGURO ENFERMERIA	$12,000
2025-12-02	MAT ENFERMERIA ANTIGUOS	$7,637,996

VALOR A PAGAR HASTA: 2025-12-31	**$7,649,996**
VALOR A PAGAR HASTA: 2026-01-13	**$7,793,816**

Scanned with CamScanner