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**

**CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **954110** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **00327-231196** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.101.690.291 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | ialvarezc@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 32229476661 |
| **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?** | SI |
| **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:** | 9199797/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **21626** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 8 |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMPLEMENTARIA PARA PERSONAS EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO EN LA RED DE CONOCIMIENTO: AGROINDUS PL 550 HRS VR MES 40901

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/03/2026 Al 31/03/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 19.550.678 |
| **Número de pago** | **2** | **Valor Total del Contrato:** | $ 22.495.550 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 3.926.496,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 15.624.182 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.926.496 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.926.496** | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.479.746** | **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** | | ---------- | **8640387808** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.750.905 | $ 1.750.905 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 218.900 | $ 218.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 0 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 9.200 | $ 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 | | $ 392.650 | |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 27.583.640 | $ 826.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 606.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.479.746,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.926.496,00 | |
| 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 - 8551 - SOCORRO | 14.724,00 | 0,500% |
| Reteica - 8551 - SAN GIL | 0,00 | 0,000% |
| - | 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** | **$3.911.772,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS ONCE MIL SETECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 3422213 Programa aceites esenciales: extracción, usos y aplicaciones Competencia Preparar extracto vegetal según procedimiento obtención y especificación técnica.

Ficha 3444242 Programa aceites esenciales: extracción, usos y aplicaciones Competencia Preparar extracto vegetal según procedimiento obtención y especificación técnica.

Ficha 3464546 Programa aceites esenciales: extracción, usos y aplicaciones Competencia Preparar extracto vegetal según procedimiento obtención y especificación técnica. Total horas de formación mes de Marzo 96. Planilla de salud No. 8640387808 mes de Febrero.

**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

**INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES**
**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,

**OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO**
**INSTRUCTOR G20**

**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**
**CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

18/03/26 10:37:15 USUARIO: SIC - C.C. 1101690291

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1101690291 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2026-03-16 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2026-03-20 |
| FECHA DE PAGO: | 2026-03-12 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2026-02 |
| PERÍODO SALUD: | 2026-02 |
| NÚMERO PLANILLA: | 8640387808 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8630509613 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC24 | 900226715 | EPS-S COOSALUD | 1 | $ 1.750.905 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 218.900 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.750.905 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 18.300 | $ 18.300 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 237.200 | $ 237.200 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 23/04/2026 |

asulado
Seguros de Vida S.A.
NIT 901.660.669-6

## Certifica:

Que el(la) señor(a) **INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES** identificado(a) con CC número **1101690291** le fue reconocida una pensión de **Renta Vitalicia Inmediata Invalidez** y se encuentra recibiendo el pago de su mesada pensional por parte de **Asulado Seguros de Vida S.A.**, desde **01/12/2022** bajo la modalidad Renta vitalicia inmediata.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado(a) el **17/03/2026.**

Cordialmente,

**Sergio Mauricio Hernández Zapata**
Líder de Operaciones y Servicios

***Importante**: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros: Línea de servicio **Asulado**:

Con nuestra asesora virtual LUSA en el WhatsApp **315 5114150**, Medellín **(604) 4026876** y Nacional **01 8000 412 854**
www.asulado.com

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

San Gil, marzo de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
San Gil

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:

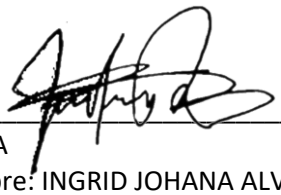
| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1186964353** | **SHARIK SAMARA CHAPARRO ALVAREZ** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

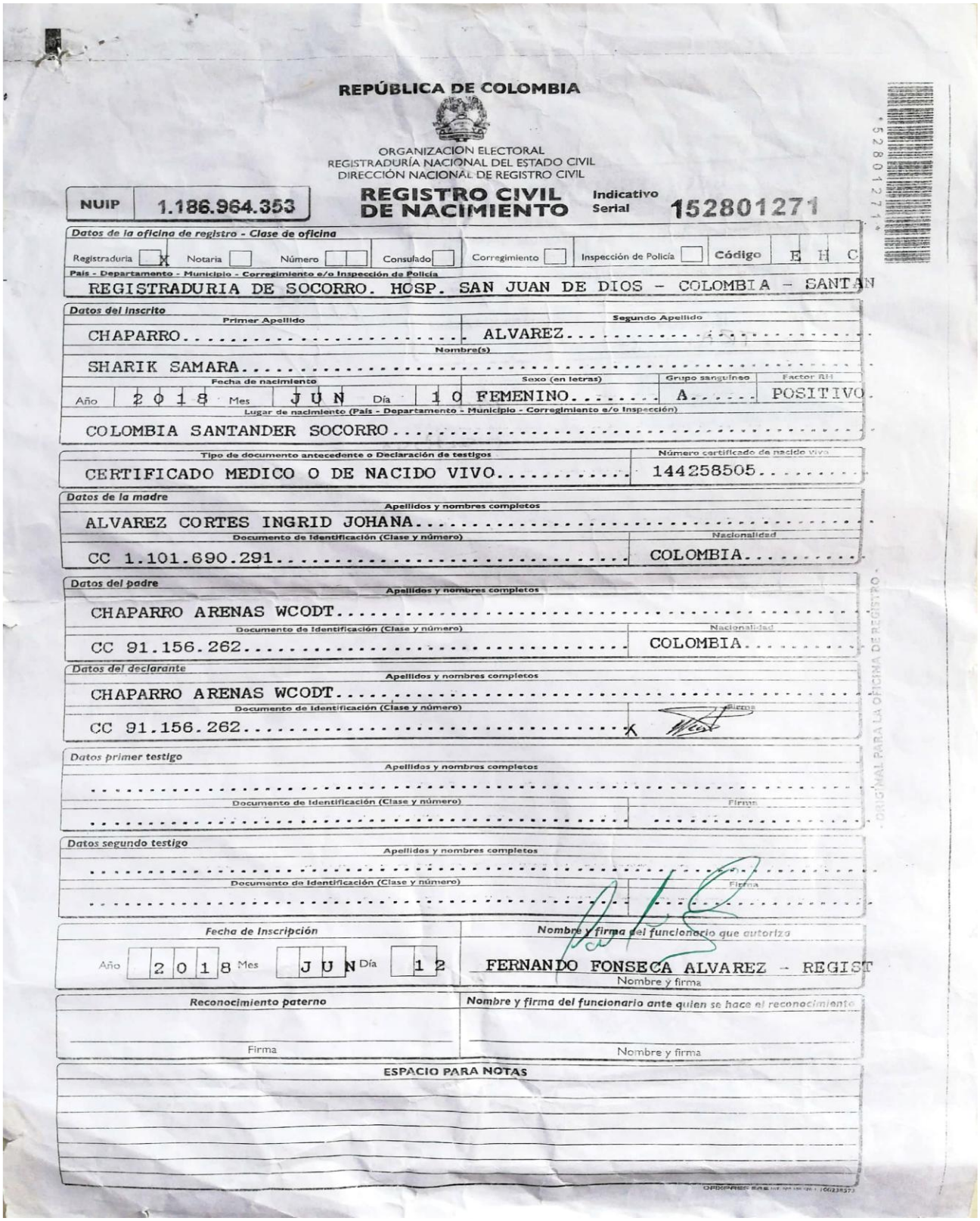
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES
C.C. 1.101.690.291



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.186.964.353

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 152801271

*152801271*

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

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

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E H C

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

REGISTRADURIA DE SOCORRO. HOSP. SAN JUAN DE DIOS - COLOMBIA - SANTAN

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CHAPARRO | ALVAREZ |

Nombre(s)

SHARIK SAMARA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2018 Mes JUN Día 10 | FEMENINO | A | POSITIVO |

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

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 144258505 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ CORTES INGRID JOHANA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.101.690.291 | COLOMBIA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos

CHAPARRO ARENAS WCODT

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 91.156.262 | COLOMBIA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

CHAPARRO ARENAS WCODT

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 91.156.262 | X |

*Datos primer testigo*

Apellidos y nombres completos

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

*Datos segundo testigo*

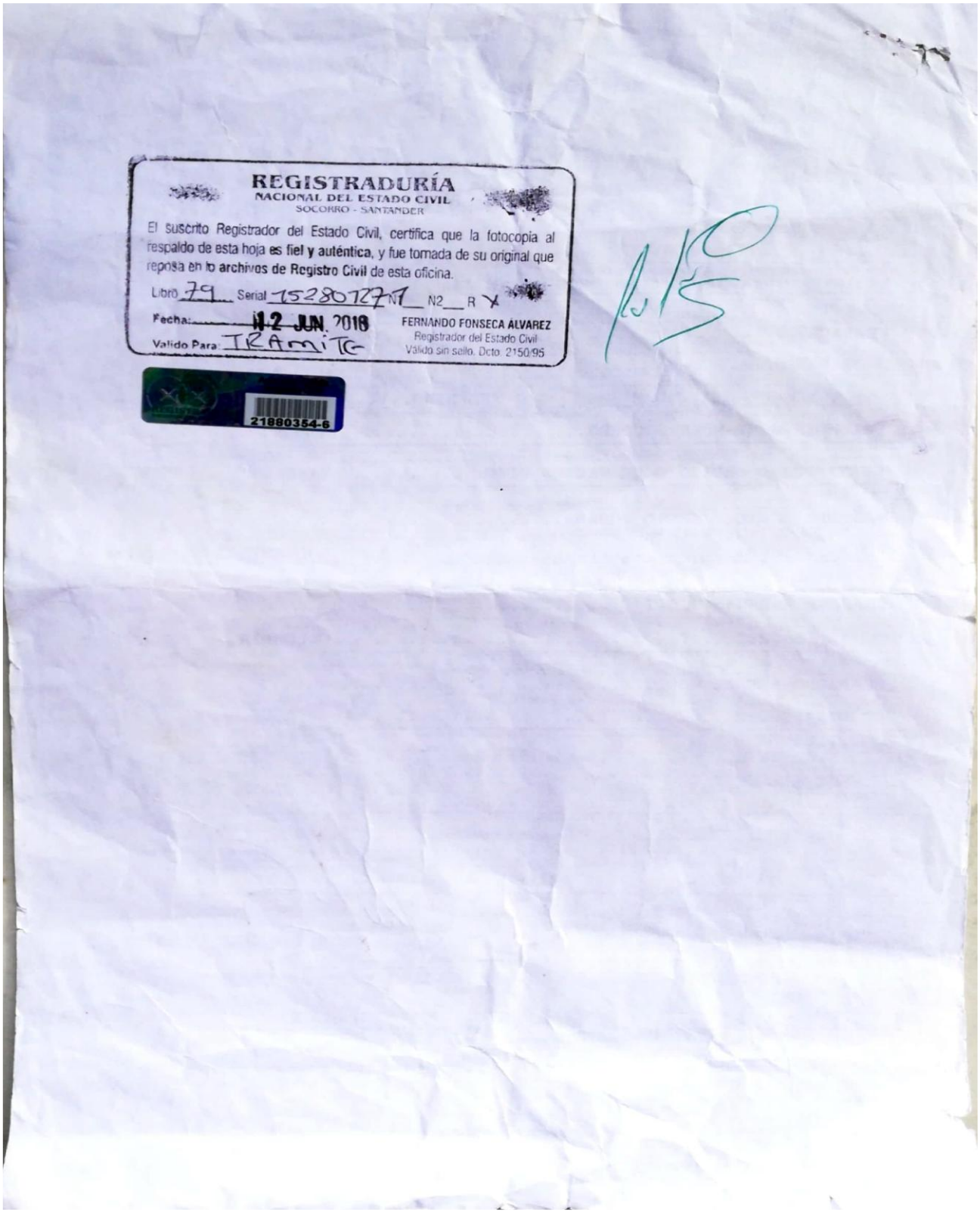
Apellidos y nombres completos

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| *Fecha de Inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2018 Mes JUN Día 12 | FERNANDO FONSECA ALVAREZ - REGIST<br>Nombre y firma |

| *Reconocimiento paterno* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento* |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

ESPACIO PARA NOTAS


REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
SOCORRO - SANTANDER
El suscrito Registrador del Estado Civil, certifica que la fotocopia al respaldo de esta hoja es fiel y auténtica, y fue tomada de su original que reposa en los archivos de Registro Civil de esta oficina.
Libro 79 Serial 15280777 N1 N2 R X
Fecha: 12 JUN. 2018
Valido Para: TRAMITE
FERNANDO FONSECA ALVAREZ
Registrador del Estado Civil
Válido sin sello. Dcto. 2150/95
21880354-6