



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	50593-597347

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	PAULA CAMILA QUINTERO BARON	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.100.963.431	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	pcquintero@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0550488400286008
IP/Nº de contacto:	1354	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?			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	9081123/2026	Nº Compromiso SIIF	7026	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO PROFESIONAL PARA APOYAR EL MONITOREO DE LOS PROGRAMAS DE ARTICULACIÓN CON EDUCACIÓN MEDIA: EN EL PROCESO DE MATRÍCULA; SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN PL11 D VR MES 4.797.626				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/03/2026	Al	31/03/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 47.176.656
Número de pago	3			Valor Total del Contrato:	\$ 52.773.886
Valor Bruto Pago:	\$ 4.797.626,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 42.379.030

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.797.626	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.797.626</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.820.763</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

**LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR**

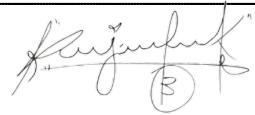
	Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	36176235	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.820.763,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.919.050	\$ 1.919.050	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 239.900	\$ 239.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 307.100	\$ 307.100	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	\$ 10.100	\$ 10.100	Menos Retención IVA	0,00	15%
	\$		Reteica - 8299	0,00	0,000%
	\$			0,00	0,000%
	\$			0,00	0,000%
	\$			0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0,000%
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	\$ 479.763		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 940.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 993.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.797.626,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**


Orientar a los Establecimientos Educativos en la planeación y articulación curricular de acuerdo con el procedimiento establecido.
Efectuar el informe de gestión en cumplimiento de las obligaciones contractuales del programa.
Generar las orientaciones y la logística necesarias que permita realizar las actividades de inscripción, matrícula y certificación en el marco del programa de articulación con la media.

**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

  
**PAULA CAMILA QUINTERO BARON**  
**EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 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.

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**

RAZÓN SOCIAL :	PAULA CAMILA QUINTERO BARON
IDENTIFICACIÓN:	CC-1100963431
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-01-30
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-03-09
FECHA DE PAGO:	2026-01-30
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-02
PERÍODO SALUD:	2026-02
NÚMERO PLANILLA:	36176235
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36176235
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.919.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 240.000	\$ 240.000
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 1.919.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 307.200	\$ 307.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.919.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 20.100	\$ 20.100
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 567.300	\$ 567.300

# PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/04/2026
----------------------------------	------------



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 16 de marzo de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)  
Bogota

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>NUIP - NIP</b>	<b>1238838332</b>	<b>LEYREN SAMANTHA VILLAR QUINTERO</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: PAULA CAMILA QUINTERO BARON

C.C. 1100963431 de San Gil

ESTA REPRODUCCIÓN  
FOTOMECÁNICA ES DEL COPIA DE  
LA ORIGINAL QUE FUE  
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

Adhesivo Copia  
Registro Civil  
REGISTRADURIA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
28397749-5

\* 5 2 6 6 8 2 4 5 \*

**NUIP** 1238838332

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **152668245**

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

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código B 5 U

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

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL - SAN GIL. CLIN. SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A.

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: VILLAR \* \* \* \* \* Segundo Apellido: QUINTERO \* \* \* \* \*

Nombre(s): LEYREN SAMANTHA \* \* \* \* \*

Fecha de nacimiento: Año 2 0 2 0 Mes S E P Día 0 1 Sexo (en letras): FEMENINO Grupo sanguíneo: A Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL \* \* \* \* \*

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL \* \* \* \* \*

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO \* \* \* \* \* Número certificado de nacido vivo: 16177308-7 \* \* \* \* \*

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: QUINTERO BARON PAULA CAMILA \* \* \* \* \*

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1100963431 \* \* \* \* \* Nacionalidad: COLOMBIA \* \* \* \* \*

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: VILLAR DUARTE JESUS ABDON \* \* \* \* \*

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1100963885 \* \* \* \* \* Nacionalidad: COLOMBIA \* \* \* \* \*

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: VILLAR DUARTE JESUS ABDON \* \* \* \* \*

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1100963885 \* \* \* \* \* Firma:

**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 2 0 2 0 Mes S E P Día 0 3

Nombre y firma del funcionario que autoriza: OSCAR MAURICIO BAPTISTA LASPRII

Reconocimiento paterno:

Firma:

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: OSCAR MAURICIO BAPTISTA LASPRII

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: FOLIO 16:03/09/2020

- ORIGINAL PA: A LA OFICINA DE REGISTRO -