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	**52672-693935**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OSCAR SANTOS PINTO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	91.507.331	**Tipo de cuenta:**	CORRIENTE
Correo electrónico:	maiz_7790@yahoo.es	**Número de Cuenta:**	32200022709
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:	9204736/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**34526**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

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: PECUARIA EN. PL 550 HRSVR MES 40901

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 18.405.450
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 22.495.550
Valor Bruto Pago:		**$ 4.090.100,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 14.315.350

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.090.100	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.090.100**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.379.790**	**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		----------	**36419468**
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		$ 280.200	$ 280.200
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		$ 409.010	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 24.135.685	$ 793.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 793.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.379.790,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.090.100,00**	

SON: CUATRO MILLONES NOVENTA MIL CIEN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA: 3455474:ELABORACION DE BIOCONTROLADORES PARA CULTIVOS AGRICOLAS:REGULAR POBLACIONES ASOCIADAS CONFORME A PARÁMETROS TÉCNICOS Y NORMATIVA ECOLÓGICA.

FICHA: 3462076:ELABORACION DE BIOABONOS SOLIDOS:ELABORAR BIOABONO SEGÚN PROTOCOLO Y NORMATIVA

FICHA: 3465371:ELABORACION DE BIOABONOS SOLIDOS:ELABORAR BIOABONO SEGÚN PROTOCOLO Y NORMATIVA

TOTAL DE HORAS 100

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

OSCAR SANTOS PINTO
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

20/03/26 18:13:02 USUARIO: SIC - C.C. 91507331

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	OSCAR SANTOS PINTO
IDENTIFICACIÓN:	CC-91507331
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-03-17
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-03-09
FECHA DE PAGO:	2026-03-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-02
PERÍODO SALUD:	2026-02
NÚMERO PLANILLA:	36419468
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36419468
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
MIN002	901037916	MIN002 - ADRES	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 1.300	$ 218.900	$ 220.200
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 1.700	$ 280.200	$ 281.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 200	$ 18.300	$ 18.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 3.200	$ 517.400	$ 520.600

PAGADO

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

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.	**1101698051**	**SARA MARIA SANTOS RUIZ**	**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,



OSCAR SANTOS PINTO

C.C. 91.507.331

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.101.698.051

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152503509

152503509

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] X Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 0 L

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

REGISTRADURIA DE SOCORRO - COLOMBIA - SANTANDER - SOCORRO

Datos del inscrito

Primer Apellido: SANTOS | Segundo Apellido: RUIZ

Nombre(s): SARA MARIA

Fecha de nacimiento: Año 2017 Mes MAY Día 02 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: A | Factor Rh: POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 18782615

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RUIZ HERNANDEZ JENNY ZULAY

Documento de identificación (Clase y número): CC 37.847.478 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SANTOS PINTO OSCAR

Documento de identificación (Clase y número): CC 91.507.331 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SANTOS PINTO OSCAR

Documento de identificación (Clase y número): CC 91.507.331 | 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 2017 Mes MAY Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza

SONIA MUÑOZ MORALES(E) - REGISTRA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

OSCAR SANTOS PINTO
NIT 91.507.331-1
CL 14 4 09
Tel: 3173040861
Socorro - Colombia
oscarsantospinto2017@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FEV 17

Señores	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE-SENA		
NIT	899.999.034-1	**Teléfono**	(601) 5461500
Dirección	CL 57 8 69	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	17/03/2026, 16:47
Expedición	17/03/2026, 16:47
Vencimiento	17/03/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO POR CONCEPTO DE 100 HORAS	1.00	4,090,100.00

Total items: 1

Total Bruto	4,090,100.00
Total a Pagar	4,090,100.00

Valor en Letras:
Cuatro millones noventa mil cien pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Consignación bancaria - Consignación $ 4,090,100.00

Observaciones:
#$36-02-00-068-954110;CO1.PCCNTR.9204736;overgararar@sena.edu.co#$

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764079258783 aprobado en 20240910 prefijo FEV desde el número 1 al 100 Vigencia: 24 Meses**
No responsable de IVA - Actividad Económica 2512 Fabricación de tanques, depósitos y recipientes de metal, excepto los utilizados para el envase o el transporte de mercancías Tarifa
CUFE: a709c54bd9b310e9d35c0ef01d7f770d8f26beafcd39a82685674e204ae28c45a0fdcea47efdafd5ac49dd5e029bf30c

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML