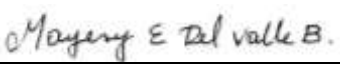


 <div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	23			
	REGIONAL CÓRDOBA		Código Centro	911510			
	CENTRO AGROPECUARIO EL PORVENIR-CÓRDOBA		Fecha Elaboración	Abril de 2026			
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 1,26			
			ID de Proceso	06794-463559			
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos: MAYESI ELENA DEL VALLE BELEÑO		Banco a consignar: BANCOLOMBIA					
Cédula de Ciudadanía 49.664.053		Tipo de cuenta: AHORROS					
Correo electrónico: madelvabe@misena.edu.co		Número de Cuenta: 29763919089					
IP/Nº de contacto: 3164810306		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 SI					
¿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:	9123397/2026	Nº Compromiso SIIF	28426	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL CABP.						
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del	01/04/2026	Al	30/04/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 39.637.058		
Número de pago	3			Valor Total del Contrato:	\$ 49.112.052		
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 34.899.561		
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	\$ 2.777.847		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Abril		Marzo		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.777.847,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999		\$ 1.894.999		Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900		\$ 236.900		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200		\$ 303.200		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 II	\$ 19.800		\$ 19.800		Menos Retencion IVA	0,00	15%
	\$				Reteica - 8299 - MONTERIA	8.395,00	0,200%
	\$					0,00	0%
	\$					0,00	0%
	\$					0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -					0,00	0%
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	\$ 473.750				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -			Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$37.927.505	\$ 926.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.852.000				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$				VALOR A PAGAR	\$4.729.102,00	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL CIENTO DOS PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Impartir formación profesional integral en ficha 3236011 - Competencia: 210301088 - Evaluar solicitudes financieras de acuerdo con de producto y manual técnico. RAP: 210301088-02 - Seleccionar los productos financieros teniendo en cuenta los requerimientos de inversión del plan de negocios y RAP: 210301088-03 - Reconocer los requisitos y trámites para la financiación del plan de negocios.							
Impartir formación profesional integral en ficha 3236011 - Competencia: 210303037 - Reconocer recursos financieros de acuerdo con política y normativa contable.RAP:210303037-03 - Verificar estados financieros básicos de la empresa de acuerdo a normatividad vigente							
Impartir formación profesional integral en ficha 3466320 - Competencia: Resultado de aprendizaje de la inducción. RAP: 240201530-01.							
Identificar la dinámica organizacional del SENA y el rol de la formación profesional integral de acuerdo con su proyecto de vida.							
Impartir formación profesional integral en ficha 3466284. Competencia: 210303028 - Elaborar planes financieros de acuerdo con procedimientos técnicos y plan estratégico. RAP: 210303028-01 - Identificar planes financieros según políticas organizacionales.							
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:							
1. Cumpli 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							
					MAYESI ELENA DEL VALLE BELEÑO EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:					Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.					JESUS DAVID SILVA RAMOS CONTRATISTA		
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							
NELSON DE LA ESPRIELLA MORALES							
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)							

Información básica de la planilla

Empresa:	MAYESY ELENA DEL VALLE BELEÑO	NIT:	49664053
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	marzo 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	marzo 2026
Número de Radicación:	71649193	Total a pagar:	\$559,900
Fecha de vencimiento:	15/04/2026	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	01/04/2026	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	Número Autorización:	187680213
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$19,800
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$303,200
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$236,900
						\$559,900

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	49664053	MAYESY ELENA DEL VALLE BELEÑO		CALLE 1 B NORTE # 22 A - 38	3164810306	madelvabe1403@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CESAR	AGUACHICA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71649193	01/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$559.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	303.200	0	0	0	0	0	0		303.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	19.800				19.800	0	0	19.800			198	19.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	236.900	236.900
Pensión	1	303.200	303.200
Riesgos Laborales	1	19.800	19.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	559.900	559.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	49664053	MAYESY ELENA DEL VALLE BELEÑO		CALLE 1 B NORTE # 22 A - 38	3164810306	madelvabe1403@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CESAR	AGUACHICA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71649193	01/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$559.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Saludgo	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	VSP	VST	SLN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 49664053	DEL VALLE BELEÑO MAYESY ELENA			59	0		N																	25-14	1.894.999	30	303.200	0	0	0	0	EPS005	1.894.999	30	236.900	14-23	1.894.999	30	2	19.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

AGUACHICA, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
AGUACHICA

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:

C.C.	1065877220	STEFANNY PACHECO DEL VALLE	Hijo(a)
------	------------	----------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- ▣ Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

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,

Mayesi E Del valle B.

MAYESI ELENA DEL VALLE BELEÑO
C.C. 49664053

