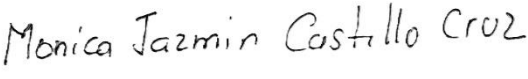


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	73		
	REGIONAL TOLIMA		Código Centro	912310		
	CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA		Fecha Elaboración	Marzo de 2026		
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 1,26		
		ID de Proceso	42968-223964			
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: MONICA JAZMIN CASTILLO CRUZ		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 65.765.143		Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico: m.castillo@sena.edu.co		Número de Cuenta:		59793136735		
IP/Nº de contacto:		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?				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: 9154779/2026		Nº Compromiso SIIF 33126		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestación de servicios de manera autónoma para la ejecución temporal de acciones de Formación Profesional Integral, conforme al perfil del contratista en el área Transversal de acuerdo con la programación académica del Centro, orientadas a atender las necesidades identificadas para la vigencia 2026 en el programa de formación Titulada y Complementaria en modalidad presencial,				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del 09/02/2026 Al 28/02/2026		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 47.635.466		
Número de pago 1		Valor Total del Contrato:		\$ 47.635.466		
Valor Bruto Pago: \$ 3.154.666,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 44.480.800		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios \$ 3.154.666		Ninguno		0,00%		
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.154.666				\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.978.266		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Febrero	Enero	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.978.266,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9498524885	Base retención en la fuente a título de ICA	3.154.666,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.750.905	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 218.900	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 280.200	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL II		\$ 18.300	\$ 0	Reteica - 8551 - ESPINAL	15.773,00	0,500%
		\$			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		\$ -		Pro-Universidad	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		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$37.927.505	\$ 659.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR	\$3.138.893,00	
SON: TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
SE REALIZÓ REPORTE EN EL ESPACIO DIGITAL ASIGNADO POR EL CENTRO PARA EL PROGRAMA DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA						
SE RESPONDIÓ EN LA MEDIDA DE MANERA OPORTUNA LAS SOLICITUDES DE DE INFORMACIÓN, VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO QUE REALIZÓ EL SUPERVISOR						
SE DESARROLLÓ PLANEACIÓN PARA PODER LLEVAR A CABO LA EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS						
SE DESARROLLÓ A LA MEDIDA LA PROGRAMACIÓN ACADÉMICA APROBADA POR EL CENTRO, COMO MÍNIMO CUATRO ACCIONES DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA						
SE PRESENTARON LAS EVIDENCIAS DEL DESARROLLO CURRICULAR DE LOS DIFERENTES PROGRAMA DEL ÁREA TEMÁTICA DEL OBJETO DEL CONTRATO						
SE HIZO EL REGISTRO, ACTUALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO EN LA PLATAFORMA SOFIA PLUS, INCLUYENDO LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL CONTRATO						
SE ACATÓ LOS LINEAMIENTOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y EL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.						
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						
				MONICA JAZMIN CASTILLO CRUZ 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 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,		
				JUAN KAMILO MORALES SILVA CONTRATISTA		
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, auto rizo el presente pago: EL ORDENADOR DEL PAGO MALLERLY VALDERRAMA CASTRO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)						

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

MONICA JAZMIN CASTILLO CRUZ identificado con CC. 65765143 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 899999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/09	Fecha inicio contrato	2026/02/09
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/12/31
Riesgo	2	Código actividad económica	2015001 - EXPLOTACION MIXTA (AGRICOLA Y PECUARIA), INCLUYE LA EXPLOTACION MIXTA DE CULTIVOS Y ANIMALES SIN
Estado afiliación	Activo		
Fecha retiro		Estado del contrato	Activo

Esta certificación se expide a los 26 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC26022026M65765143C11125899**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de



Certificación Bancaria

Martes, 24 de febrero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que MONICA JAZMIN CASTILLO CRUZ identificado(a) con CC 65765143, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta de ahorros	59793136735	2018-05-04	Activo	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

Hace constar:

Que el Sr(a) MONICA JAZMIN CASTILLO CRUZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 65765143 realizó el día 24/02/2026 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo MONICA JAZMIN CASTILLO CRUZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 65765143 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Monica Jazmin Castillo Cruz** identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** número **65765143**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 65765143
NOMBRES Y APELLIDOS	Monica Jazmin Castillo Cruz
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	02/01/1975
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	16/08/2022
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/10/2023
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

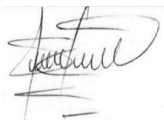
CEDULA DE CIUDADANIA 65765143 Trabajador Independiente Desde 01/10/2025 - Vigente

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MONICA JAZMIN CASTILLO CRUZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **65765143**, se encuentra afiliado/a desde **05/01/1994** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de enero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA