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 CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**69851-378467**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	FRANCISCO JAVIER ORTIZ ALVARADO	**Banco a consignar:**	BANCO AGRARIO DE COLOMB
Cédula de Ciudadanía	76.332.723	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	fjortiza@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	484203009086
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:	9138570/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**29226**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	930710-0254Instructor. Prestar servicios profesionales como Instructor (a) para desarrollar actividades propias de la Formación Profesional Integral EN ETAPA LECTIVA Y/O PRODUCTIVA DEPENDIENDO DE LA PROGRAMACION ASIGNADA Y NECESIDAD DEL CENTRO, mediante la orientación y ejecución de procesos formativos presenciales y/o a distancia, virtuales y/o

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026 Al 30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 23.687.485
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 33.162.479
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 18.949.988

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	**$ 2.785.747**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8640939779**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.737.497,00	
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 I		$ 9.900	$ 9.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8551 - POPAYAN	9.475,00	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%	$ 24.135.685	$ 928.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.856.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.728.022,00**	

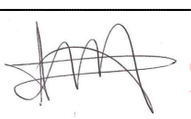
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL VEINTIDOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional en los programas de formación Titulada, en la ficha de Administración en Salud fichas: 3172887, 3140785 3234554, 3312313, 3411944, con la Competencia: EVALUAR PROGRAMAS DE SALUD SEGÚN PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y POLÍTICA PÚBLICAS y los resultados de aprendizaje: RAP 1. ANALIZAR LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN Y SU PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON METODOLO GIAS VIGENTES. RAP 2. DISEÑAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE PLANES Y PROGRAMAS EN SALUD SEGÚN METODOLOGÍAS ESTABLECIDAS. RAP 3. VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE SALUD DE ACUERDO CON PROGRAMAS ESTABLECIDOS Y NORMATIVA VIGENTE.
Seguimiento a la ficha 3476474 del Té en Apoyo Administrativo en Salud, en la Vereda Ciprés Pueblo Nuevo, En el Municipio de el Tambo Hay 21 aprendices matriculados, se empezó la formación con la competencia de Inducción y Derecho Fundamental.
Finalmente, se continua con el Curso complementario de Humanización de la Atención en Salud, con 25 aprendices matriculados.
Cumplir con las obligaciones contractuales. Planilla N°8640939779, operador ASOPAGOS, Marzo 2026

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



Firmado digitalmente por Francisco Ortiz
Fecha: 2026.04.21 12:22:29 -05'00'

FRANCISCO JAVIER ORTIZ ALVARADO
EL CONTRATISTA

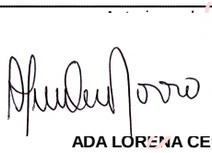
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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.



Firmado digitalmente por Ada Lorena Ceron Rosero
Fecha: 2026.04.21 16:33:39 -05'00'

ADA LORENA CERON ROSERO
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
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 76332723	0	FRANCISCO JAVIER ORTIZ ALVARADO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8692	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
19-1	CR 10 33N 149		3215345142			FRANMIX99@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-03	2026-03	8640939779	I	2026-04-13	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	589.800	1.900	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8623972831	2026-04-09	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 76332723	ORTIZ ALVARADO FRANCISCO JAVIER	1.895.000																	0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.895.000	303.200	0	0	SANITAS-EPS005	1.895.000	236.900	COMFACAUCA-CCF14	1.895.000	37.900	1.895.000	9.900	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	587.900	N	1855101

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 76332723	0	FRANCISCO JAVIER ORTIZ ALVARADO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8692	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
19-1	CR 10 33N 149		3215345142			FRANMIX99@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-03	2026-03	8640939779	I	2026-04-13	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	589.800	1.900	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8623972831	2026-04-09	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.895.000	1.895.000	1.895.000	1.895.000	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	303.200	0	900	0	304.100
PORVENIR	230301	800224808	8	1	303.200	0	900	0	304.100
EPS(Administradoras: 1)				1	236.900	0	700	0	237.600
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	236.900	0	700	0	237.600
ARP(Administradoras: 1)				1	9.900	0	100	0	10.000
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	9.900	0	100	0	10.000
CCF(Administradoras: 1)				1	37.900	0	200	0	38.100
COMFACAUCA	CCF14	891500182	0	1	37.900	0	200	0	38.100
Gran Total					587.900	0	1.900	0	589.800

13:23

Interssi - Declaración y Pago de Seguridad Social

RESULTADO GENERACIÓN PLANILLA

OPERADOR DE INFORMACIÓN ASOPAGOS

Razón social: FRANCISCO JAVIER ORTIZ ALVARADO
Identificación: CC-76332723
Código dependencia o sucursal: 0
Nombre dependencia o sucursal: 0
Fecha de generación del reporte: 2026-04-10

Período pensión: 2026-03
Periodo salud: 2026-03
Clase de planilla: Asistida

Sin pagar

REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO DE PLANILLA	TOTAL A PAGAR	FECHA LÍMITE DE PAGO	ESTADO
8623972831	I	$588,600	2026-04-10	Lista para pago en banco
8623972831	I	$589,800	2026-04-13	Lista para pago en banco

Ver Resumen
Descargar Detallado

Recuerde que los pagos realizados en horario adicional, se aplican para el siguiente dia hábil.

Puntos de Recaudo:

Punto de pago · puntored · Jumbo · easy · Metro · SPID · refácil · efecty · grupo éxito · SuperGi

Banco de Occidente · DAVIVIENDA · Banco de Bogotá · Banco AV Villas · Redeban Multicolor · Banco Unión

FACTURAS

BANCO DE OCCIDENTE

NUMERO TRANSACCION: 11433278
FECHA: 10/04/2026 HORA: 16:48:27
VENDEDOR: LINA ISABEL VALENCIA CIFUENTES
POPAYAN
NIT: 800100375-8

CODIGO SEGURIDAD
Ñ┐▲37655123637{$#$

PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS
REFERENCIA: 8623972831
NURA: 00001139
VALOR DEL PAGO: $589,800
FECHA APLICACION: 13/04/2026
FECHA DEL PAGO: 10/04/2026 HORA: 16:48:2
6
NRO AUTORIZACION: 688308
PUNTO DE RECAUDO: 11111562
NOMBRE SORTEO: MEDELLIN
NUMERO DE 4 CIFRAS: 6190
FECHA SORTEO: 10/04/2026

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO

DE OCCIDENTE. LA IMPRESIÞN DE ESTE

TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACIÞN.

VERIFIQUE LA INFORMACIÞN. ESTE ES EL

ÞNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.

REQUERIMIENTOS 018000 512825 OPCIÞN 3

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

POPAYAN, 1 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
POPAYAN

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:

TI	1058933858	SARA NATALIA ORTIZ GIRALDO	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



Firmado digitalmente por Francisco Ortiz
Fecha: 2026.03.24 22:08:11 -05'00'

FRANCISCO JAVIER ORTIZ ALVARADO
C.C. 76332723

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1058933858

Indicativo Serial 40028773

40028773

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código F 2 H

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido: ORTIZ

Segundo Apellido: GIRALDO

Nombre(s): SARA NATALIA

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes FEB Día 07

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo Sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO NACIDO VIVO DANE

Número certificado de nacido vivo: 51226069-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GIRALDO CARMONA SANDRA MILENA

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No 34.326.347 POPAYAN

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ORTIZ ALVARADO FRANCISCO JAVIER

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No 76.332.723 POPAYAN

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ORTIZ ALVARADO FRANCISCO JAVIER

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No 76.332.723 POPAYAN

Firma: 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

Año 2009 Mes FEB Día 24

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MARIA DEL ROSARIO CUELLAR DE IBARRA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma: X

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: MARIA DEL ROSARIO CUELLAR DE IBARRA

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Notaría segunda
del círculo de Popayán
CERTIFICA
Que esta fotocopia corresponde al folio de registro
Civil de: NACIMIENTO
que se lleva en esta Notaría.
Popayán 20 MAR 2019
Válido para TRAMITES LEGALES

MARIA DEL ROSARIO CUELLAR DE IBARRA
NOTARIA SEGUNDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
Notaría Segunda del Círculo de Popayán
María del Rosario Cuellar de Ibarra
POPAYAN - CAUCA