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

DESPACHO DIRECCION

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**101068**
Fecha Elaboración	**17 de Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**84404-993548**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LINDA LUCIA GALVIS AVILES	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	1.096.213.849	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	galvis_7av@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	168194868
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:	9191527/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**17126**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST: PARA CONTRIBUIR DESARROLLO DE ACCIONES DE ORIENTACION Y FORTALECIMIENTO DE ESTRATEGIAS PARA ATENCION DE OFERENTES BUSCADORES DE EMPLEO Y EMPLEADORES EN MARCO DE SERVICIOS DE GESTION Y COLOCACION DE APE PL 327D VR MES$4.368.000

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 39.312.000
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.611.200
Valor Bruto Pago:		**$ 4.368.000,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 34.944.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.368.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 230.685	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.598.685**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.722.516**	**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		----------	**8371197316**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.722.516,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 1.750.905	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.368.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 218.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 280.200	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		$ 9.200	$ 9.200	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8299	0,00	0,600%
		$		-	0,00	0,600%
		$		-	0,00	0,600%
		$		-	0,00	0,600%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0,600%
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		$ 459.869		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Sobretasa Bomberil	0,00	10,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 908.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.613.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.368.000,00**	

SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar el registro de los buscadores de empleo en la plataforma del sistema de información de la Agencia pública de Empleo.

Realizar entrevistas individuales o grupales de orientación o identificación de barreras a buscadores de empleo, registrando la gestió

Aplicación de prueba psicotécnicas de personalidad e intereses ocupacionales asociadas a la orientación de buscadores de empleo y pobl

Orientar la construcción, reconstrucción o actualización de la hoja de vida de los buscadores de empleo y realizar actividades indiv

Realizar atención a los buscadores de empleo a través de los diferentes canales entre ellos el Chat Bot, atendiendo de manera oportuna

Dar respuesta quejas y reclamos de los usuarios de la agencia pública de Empleo

Apoyar la atención de buscadores de empleo en las ferias, eventos y en la atención de cada una de las estrategias realizadas por la Ag

Realizar el seguimiento a las solicitudes de vacantes publicadas por el sector empresarial en el Aplicativo de la agencia pública de E

Elaborar informes de gestión y atender a los demás requerimientos solicitados por la coordinación de la agencia pública de Empleo o po

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

LINDA LUCIA GALVIS AVILES
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,

ALBA YANETH MARTINEZ CORDERO
PROFESIONAL G02

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
JHON EDISON JIMENEZ MARTINEZ
DIRECTOR REGIONAL A G08

21/04/26 11:30:01 USUARIO: SIC - C.C. 1096213849

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LINDA LUCIA GALVIS AVILES
No. Identificación: CC1096213849
Dirección: CORREGIMIENTO EL CENTRO VDA EL CRETACEO
Telefono: 6109162
Correo: asesoriasrl_@hotmail.com
Ciudad: BARRANCABERMEJA
Número de Planilla: 8371197316

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LINDA LUCIA GALVIS AVILES	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1096213849	**Periodo de Cotización Salud**	marzo de 2026
Número de planilla	8371197316	**Periodo de Cotización Pensión**	marzo de 2026
Fecha pago	2026-04-01	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	93006598	**Total Pagado**	541800
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8371197316

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	42700	1
230301	Porvenir	280200	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	218900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1096213849
APELLIDOS Y NOMBRES: LINDA LUCIA GALVIS AVILES

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

Identificación aportante: 1096213849

Fecha liquidación: 31/03/2026 13:40:13

Tipo de planilla:

I - Planilla de Independientes

Número de planilla:	8371197316
Periodo liquidación:	Marzo 2026

Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa)	Valor a pagar
14/04/2026*	541800,00

*Pasada esta fecha se generarán intereses de mora

Información de la planilla

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	42700
Porvenir	280200
Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	218900

Utilice su número de identificación como número de pago sólo en los siguientes puntos:

Banco de Bogotá

Banco AV Villas

Banco de Occidente

Diligencie el formato de recaudo indicando:

- Número de cedula
- Periodo de pago
- Operador de información: **miplanilla.com**

1096213849

(Corresponde al número de identificación)

Periodo Pensión-Salud: Marzo 2026

Aplica para independientes que han pagado al menos una de los últimos cuatro (4) periodos de manera oportuna y no necesitan presentar novedades.

Número de pago en otras entidades

Periodo Pensión - Salud: Marzo 2026

8371197316

(Corresponde al número de planilla)

Puntos de pago el mismo día de generación de la planilla:
Punto 4-72, Punto Red, Punto de Pago, Sedes Compensar (Autopista Sur, Av. Primero de Mayo, Kennedy, Calle 26, Avenida 68, Calle 42 y Suba), Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Red de Cajeros ATH, Almacenes Cruce Éxito.

Puntos de pago el día siguiente al de la generación de la planilla:
Banco AV Villas y Red Cerca.

Si paga la planilla después de la hora de cierre de las operaciones bancarias (3:00 p.m.), en horario adicional, durante los fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado el siguiente día hábil.

Información importante: Con el objetivo de evitar inconsistencias lo invitamos a **confirmar la información reportada** en la planilla antes de realizar el pago, recuerde que una vez pagada cualquier corrección deberá solicitarla directamente con su(s) Administradora(s). Conozca las redes de pago para pago presencial a través de las cuales podrá realizar el pago de su planilla dando clic aquí.

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9636770467 DV: 479397
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en línea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 01/04/2026 14:21:39
PAP: 917618
Nombre: nana
Apellido 1: nanan
NUM PLANILLA: 8371197316
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1096213849
PERIODO: 202603
Referencia: 8371197316Valor: $541,800.00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de Abril de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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:

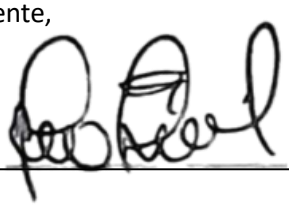
R.C	**1096815691**	**SAMUEL PEÑALOZA GALVIS**	**HIJO**

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,



FIRMA
Nombre: LINDA LUCIA GALVIS AVILES
C.C. 1096213849 BARRANCABERMEJA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1096815691

Indicativo Serial 58306937

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 01 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** Q 4 H

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

COLOMBIA - SANTANDER - BARRANCABERMEJA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEÑALOZA **********	GALVIS **********

Nombre(s)

SAMUEL **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes MAY Día 21	Masculino	A	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BARRANCABERMEJA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	16176437 -0

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GALVIS AVILES LINDA LUCIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.096.213.849	COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PEÑALOZA ARIAS YEFER ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.431.647	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEÑALOZA ARIAS YEFER ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.431.647	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes MAY Día 22	MITZY GARCIA ARMESTO Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
CARGADA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Ley 527/99 y R.M. 0570/99 Resolución 0570 de 1999 IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA