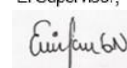


 FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional Código Centro Fecha Elaboración Versión ID de Proceso	41 952510 Abril de 2026 ENERO - 1.26 49817-145052
REGIONAL HUILA CENTRO AGROEMPRESARIAL Y DESARROLLO PECUARIO DEL HUILA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1			
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos: ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ Cédula de Ciudadanía: 36.384.460 Correo electrónico: eamanchola@sena.edu.co IP/Nº de contacto: Inducción SST: SI Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Banco a consignar: BANCO BBVA Tipo de cuenta: AHORROS Número de Cuenta: 0665006725 Presta Servicios Excluidos de IVA: NO Pertenece al régimen simple de tributación: NO 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: 9147869/2026		Nº Compromiso SIIF 19226 Número de pagos durante la vigencia del contrato 8	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión, de carácter temporal, como Experto Temático, para elaborar el diseño y desarrollo curricular, así como los contenidos temáticos, documentos generales, guías y demás recursos asociados a los programas de formación de la RED PECUARIA en modalidad virtual y a distancia, en concordancia con los lineamientos de la Dirección de	
DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del 01/04/2026 Al 30/04/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 23.329.500 Valor Total del Contrato: \$ 32.445.000 Nuevo Saldo del Contrato: \$ 18.694.500	
Número de pago 3 Valor Bruto Pago: \$ 4.635.000,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios \$ 4.635.000 Ingresos por comisiones \$ 0		Ninguno 0,00% Retención en la Fuente del Periodo \$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.635.000 BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 2.725.300		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		Base retención en la fuente a título de RENTA 2.725.300,00 TARIFA	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.854.000 \$ 1.854.000		Base retención en la fuente a título de ICA 4.635.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 231.800 \$ 231.800		Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 296.700 \$ 296.700		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 \$ 9.700 \$ 9.700		Menos Retención IVA 0,00 15%	
		Retenida - 7490 - GARZON 27.810,00 0,600%	
		Otras Retenciones 0,00 0%	
		Otras Retenciones 0,00 0%	
		Otras Retenciones 0,00 0%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -		Otras Retenciones 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 \$ 463.500		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Salud hasta \$ 837.984 \$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Renta Exenta 25% \$27.583.640 \$ 908.000		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 1.786.000		VALOR A PAGAR \$4.607.190,00	
Retención en la Fuente Contingente \$			
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL CIENTO NOVENTA PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Participar en reunion de evaluadores instruccionales			
Ajuste de documentos de desarrollo curricular para el curso criar gallinas ponedoras para producir huevos semicriollos, planeacion, pedagogica, diseño curricular, documentos anexos, instrumentos de evaluación, guia de aprendizaje, sondeo de conocimientos previos.			
Ajuste de documentos de desarrollo curricular para el curso practicas de manejo en la producción de pollos de engorde documentos anexos			
Ajuste de documentos de desarrollo curricular para el curso buenas practicas en la manipulacion de carne, componente 1, componente diseño curricular, documentos anexos, instrumentos de evaluación, guia de aprendizaje, sondeo de conocimientos previos, planeación pedagogica.			
Ajuste de documentos de desarrollo curricular para el curso sanidad bovina, componente 1, componente 2, diseño curricular, documentos anexos, instrumentos de evaluación, guia de aprendizaje, sondeo de conocimientos previos, planeación pedagogica.			
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		 ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ 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 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.		Autorizo el presente pago. El Supervisor,  EMILCEN GUTIERREZ NUÑEZ 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 EILEEN KARINA CASTAÑEDA LOSADA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 36384460
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 26 47-75 APT 201	TELÉFONO: 7485157
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6012252595	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	1	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 232429654

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 287.000
SUBTOTAL:			1	\$ 287.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 224.300
SUBTOTAL:			1	\$ 224.300
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 9.500
SUBTOTAL:			1	\$ 9.500

VALOR SIN MORA:	\$ 520.300
VALOR MORA:	\$ 500
TOTAL PAGADO:	\$ 520.800

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					36384460				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					ARMENIA					DEPARTAMENTO:					ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CRA 26 47-75 APT 201					TELÉFONO:					QUINDIO				
DIRECCIÓN:					02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE:					7485157				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					I-INDEPENDIENTE					2026/04/17				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:					APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					NO									

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 286.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 0	\$ 286.800	\$ 200	\$ 287.000
SUBTOTALES:										\$ 286.800	\$ 200	\$ 287.000

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 224.100	\$ 0	\$ 200	\$ 0	\$ 224.100	\$ 200	\$ 0	\$ 224.300		
SUBTOTALES:													\$ 224.100	\$ 200	\$ 0	\$ 224.300		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 9.400	\$ 9.400	\$ 100	\$ 0	\$ 9.500	
SUBTOTALES:									\$ 9.400	\$ 100	\$ 0	\$ 9.500	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP			DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC			COTIZACIÓN	VALOR ADRES					TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
1	CC 36384460	MANCHOLA PEREZ ELIANA AUDREY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.792.200				NO																		230201-PROTECCIÓN	30	\$ 1.792.200	\$ 286.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 286.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	\$ 1.792.200	\$ 224.100	\$ 0	\$ 224.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	\$ 1.792.200	\$ 36384460	\$ 9.400	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 520.800



Resumen de pago

Descripción de compra

Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Tienda

SOI ACH

Estado de la transacción

Transacción exitosa

Fecha de la transacción

17 de abril de 2026 a las 10:29 a. m.

CUS

232429654

Referencia Nequi

M05495436

¿Cuánto?

\$ 520.800,00

Valor de los impuestos

\$ 0,00

Número de referencia 1

10.80.25.153

Número de referencia 2

CC

Número de referencia 3

36384460

Factura de comercio

6012252595

Tu plata salió de:



Disponible

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA										
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		36384460		NÚMERO PLANILLA:		6016624527		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:				ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ				PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		marzo AÑO		2026	
CIUDAD/MUNICIPIO:		ARMENIA		DEPARTAMENTO:		QUINDIO		DÍAS DE MORA:		4		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES	
DIRECCIÓN:		CRA 26 47-75 APT 201		TELÉFONO:		7485157		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/20		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		239600163	
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE		NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		6012252595		FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2026/04/17	
TIPO EMPRESA:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act									
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO													
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):						NO									

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 9.900	\$ 100	\$ 10.000
SUBTOTALES:										\$ 9.900	\$ 100	\$ 10.000

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 7.700	\$ 0	\$ 100	\$ 0	\$ 7.700	\$ 100	\$ 0	\$ 7.800	
SUBTOTALES:													\$ 7.700	\$ 100	\$ 0	\$ 7.800	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 300	\$ 300	\$ 100	\$ 0	\$ 400	
SUBTOTALES:									\$ 300	\$ 100	\$ 0	\$ 400	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES													SEGURIDAD SOCIAL												PARAFISCALES																			
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN			VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC					CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 36384460	MANCHOLA PEREZ ELIANA AUDREY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.792.200				NO							A											230201-PROTECCIÓN	30	\$ 1.792.200	\$ 286.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 286.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	\$ 1.792.200	\$ 224.100	\$ 0	\$ 224.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	\$ 1.792.200	\$ 36384460	\$ 9.400		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
2	CC 36384460	MANCHOLA PEREZ ELIANA AUDREY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.792.200				NO							C		01-30									230201-PROTECCIÓN	30	\$ 1.854.000	\$ 296.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 296.700	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	\$ 1.854.000	\$ 231.800	\$ 0	\$ 231.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	\$ 1.854.000	\$ 36384460	\$ 9.700		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
3	CC 36384460	MANCHOLA PEREZ ELIANA AUDREY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.792.200				NO							R		01-30									230201-PROTECCIÓN	0	\$ 61.800	\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 9.900	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	0	\$ 61.800	\$ 7.700	\$ 0	\$ 7.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	0	\$ 61.800	\$ 36384460	\$ 300		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 18.200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 36384460
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 26 47-75 APT 201	TELÉFONO: 7485157
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6016624527	TIPO DE PLANILLA: N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	4	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 239600163
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	6012252595	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2026/04/17

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 10.000
SUBTOTAL:			1	\$ 10.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 7.800
SUBTOTAL:			1	\$ 7.800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 400
SUBTOTAL:			1	\$ 400

VALOR SIN MORA:	\$ 17.900
VALOR MORA:	\$ 300
TOTAL PAGADO:	\$ 18.200



Resumen de pago

Descripción de compra

Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Tienda

SOI ACH

Estado de la transacción

Transacción exitosa

Fecha de la transacción

20 de abril de 2026 a las 12:02 p. m.

CUS

239600163

Referencia Nequi

M07870906

¿Cuánto?

\$ 18.200,00

Valor de los impuestos

\$ 0,00

Número de referencia 1

10.80.25.153

Número de referencia 2

CC

Número de referencia 3

36384460

Factura de comercio

6016624527

Tu plata salió de:



Disponible



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 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:

T.I.	1092855533	EMANUEL GONZALEZ MANCHOLA	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: ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ

C.C. 36.384.460 La Plata Huila

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP

1092855533

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51192651

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 05 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 5011

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

COLOMBIA / QUINDÍO / ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido

GONZALEZ

Segundo Apellido

MANCHOLA

Nombre(s)

EMANUEL

Fecha de nacimiento

Año 2011 Mes AGO Día 04 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA / QUINDÍO / ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

DOCUMENTO AUTENTICO *****

Número certificado de nacido vivo

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MANCHOLA PEREZ ELIANA AUDREY *****

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 36.384.460 LA PLATA, HUILA *****

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ IBAGON MARIO FERNANDO *****

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 18.394.991 *****

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MANCHOLA PEREZ ELIANA AUDREY *****

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 36.384.460 LA PLATA, HUILA *****

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 2013 Mes ABR Día 30

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE RAMIRO GARCIA LADINO

Nombre y firma



Inicio

Nueva Radicación

Consulta Radicación

Administración

Información de Radicación

El número de radicado asignado es:

72026096803

También recibirá un correo electrónico con esta información.

Tenga en cuenta que nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., por lo tanto, si su solicitud está fuera de este horario se empezará a procesar a partir del día hábil siguiente.

[REGRESAR AL INICIO](#)



Servicio Nacional de Aprendizaje SENA - Dirección General
Calle 57 No. 61 - 99 Bogotá D.C. (Cundinamarca), Colombia
Computador Nacional (01 1) 5451930 - Extensiones
Atención presencial: lunes a viernes 8:00 a.m. a 5:30 p.m. - [Pág. del
SENA](#)
Atención telefónica: lunes a viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m. - sábados
8:00 a.m. a 1:00 p.m.
Atención al ciudadano: Bogotá (01 1) 2430111 - Línea gratuita y resto
del país 018000 940270
Atención al empresario: Bogotá (01 1) 2430101 - Línea gratuita y resto
del país 018000 540082
[Chat en línea](#)



150 horas



150 horas



150 horas



150 horas