



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

CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS

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

Código Regional	68
Código Centro	930910
Fecha Elaboración	19 de Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	48491-716534

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ALEX HUMBERTO QUIROGA AZA	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.102.367.267	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	ahquiroga@sena.edu.co	Número de Cuenta:	488418371230
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	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			SI
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:	9228744/2026	Nº Compromiso SIIF	47426	Número de pagos durante la vigencia del contrato	6
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PLANEACION Y EJECUCION DE FORM. EVALUACION DE RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN DISEÑOS CURRICULARES ASIGNADOS PARA DESARR.DE HABILIDADES Y COMPET. TEC DE POBLAC DE TRABAJ.DE ECONOMIA POPULAR PL143D V/R MES \$4.737.497-CESION CONTRATO				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 20.844.987
Número de pago	2			Valor Total del Contrato:	\$ 22.582.069
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 16.107.490

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
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.497</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.785.747</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	9504750760	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 641.999	Base retención en la fuente a título de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 80.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 102.800	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	\$ 9.900	\$ 3.400	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8530 - BUCARAMANGA	30.221,00	0,720%
				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	\$ -	Sobretasa Bomberil	3.022,00	10,000%
Renta Exenta 25%	\$ 20.687.730	\$ 928.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 344.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.704.254,00</b>	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Solicitud de autorización para la creación de fichas para el desarrollo de cursos complementarios del programa Full Popular.
Búsqueda activa de aprendices para el programa Full Popular.
Participación en reunión mensual de seguimiento junto con el coordinador del programa en el CSET.
Impartición de sesiones formativas de los cursos solicitados.
Acompañamiento del proceso de formación de los aprendices del programa Full Popular.
Contacto con Alcaldía y Juntas de Acción Comunal para la búsqueda de aprendices.
Gestión administrativa de los cursos en Sofia Plus.
Registro de evidencias de la gestión realizada.

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

ALEX HUMBERTO QUIROGA AZA  
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

EDWARD ALBERTO GUERRERO PINEDA  
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  
NORMAN CARRILLO RAMIREZ  
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

## Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1102367267		ALEX HUMBERTO QUIROGA AZA	INDEPENDIENTE	Principal	Cl 21 #2-61	PIEDRECUESTA-SANTANDER	3025981432	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	312070514	9504750760	I	2026/06/17	2026/05/19	NEQUI	0	\$550,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																																		
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			Total Aportes																																		
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vspl	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte		Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF																									
<b>SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)</b>																																																\$1,895,000	\$303,200			\$1,895,000	\$236,900			\$0	\$0			\$1,895,000	\$9,900			\$0	\$0	\$550,000
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>																																																\$1,895,000	\$303,200			\$1,895,000	\$236,900			\$0	\$0			\$1,895,000	\$9,900			\$0	\$0	\$550,000
Ciudad: PIEDECUESTA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																																																\$1,895,000	\$303,200			\$1,895,000	\$236,900			\$0	\$0			\$1,895,000	\$9,900			\$0	\$0	\$550,000
1	CC	1102367267	QUIROGA ALEX																			X																						23030	30	\$1,895,000	\$303,200	EPS037	30	\$1,895,000	\$236,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,895,000	0.522%	\$9,900	0	\$0	\$0	No	\$550,000	
<b>Total Afiliados( 1)</b>																						\$1,895,000	\$303,200			\$1,895,000	\$236,900			\$0	\$0			\$1,895,000	\$9,900			\$0	\$0	\$550,000																										

## Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$550,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$550,000</b>



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bucaramanga, 19 de mayo 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:

<b>T.I.</b>	<b>1239093424</b>	<b>SAMARA QUIROGA GUEVARA</b>	<b>HIJO</b>
-------------	-------------------	-------------------------------	-------------

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

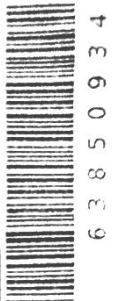
Nombre: Alex Humberto Quiroga Aza

C.C. 1102367267

REGISTRO CIVIL  
FIRMADO DIGITALMENTE



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



**NUIP** 1239093424

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

**Indicativo Serial** 63850934

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría <input checked="" type="checkbox"/>	Notaria <input type="checkbox"/>	Numero <input type="text"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	B	7	U
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA B/MANGA CL MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A. *****									

**Datos del Inscrito**

Primer Apellido					Segundo Apellido									
QUIROGA *****					GUEVARA *****									
Nombre(s)														
SAMARA *****														
Fecha de nacimiento					Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH					
Año	2	0	2	3	Mes	A	G	O	Día	2	5	FEMENINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA *****														

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****	23082210620091 *****

*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

GUEVARA LUNA GINA SOFIA \*\*\*\*\*

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1095814258 *****	COLOMBIA *****

*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

QUIROGA AZA ALEX HUMBERTO \*\*\*\*\*

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1102367267 *****	COLOMBIA *****

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

QUIROGA AZA ALEX HUMBERTO \*\*\*\*\*

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1102367267 *****	

**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 2 0 2 3 Mes A G O Día 2 8	 MONICA YOLANDA REY BLANCO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

**ESPACIO PARA NOTAS**