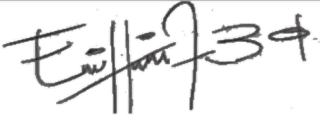


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL SANTANDER CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		68		
			Código Centro		954110		
			Fecha Elaboración		Mayo de 2026		
			Versión		ENERO - 1,26		
			ID de Proceso		19313-768670		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:		EILEEN ERL ENSY HURTADO ARIZA		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía		1.101.755.907		Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico:		eehurtado@sena.edu.co		Número de Cuenta:		32900000645	
IP/Nº de contacto:		3108159138		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:		8881430/2026	Nº Compromiso SIIF		1826	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		APOYOS ADM. Y GEST: PRESTAR LOS SERVICIO DE APOYO PARA LA ADMINISTRACIÓN, GESTIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS APLICATIVOS INSTITUCIONALES SOFIA PLUS, REPFORA PL 10 D15 VR MES 2758340					
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 22.066.720	
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:		\$ 30.801.463	
Valor Bruto Pago:	\$ 2.758.340,00			Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 19.308.380	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios		\$ 2.758.340		Ninguno		0,00%	
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 2.758.340				\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.480.206		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Mayo	Abril	Base retención en la fuente a título de RENTA		1.480.206,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	36884428	Base retención en la fuente a título de ICA		0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 218.900	\$ 218.900	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 280.200	\$ 280.200	Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL I		\$ 9.200	\$ 9.200	Reteica - 8299		0,00	0,000%
		\$ -				0,00	0,000%
		\$ -				0,00	0,000%
		\$ -				0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				0,00	0,000%
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		\$ 275.834		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$41.375.460	\$ 494.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 1.482.000					
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
				VALOR A PAGAR		\$2.758.340,00	
SON: DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Registrar las solicitudes de la formación complementaria, titulada y/o virtualización, acorde a los lineamientos de la Entidad de forma oportuna.							
Crear los grupos y caracterizar las fichas de la formación complementaria, titulada y/o virtualización de forma oportuna.							
Apoyar en la digitación de la programación de los eventos de resultados de aprendizaje para las acciones de formación de forma oportuna							
Apoyar en la digitación de la programación los cursos de formación complementaria, titulada y/o virtualización.							
Apoyar en la digitación de la programación para la creación de los eventos de divulgación tecnológica.							
Inscribir los aspirantes a los cursos de formación complementaria, titulada y/o virtualización.							
Verificar el registro oportuno de todas las rutas de aprendizaje y comunicar los programas de formación que no cumplan							
Registrar la programación de las fichas, acorde a la distribución que le sea designada.							
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							
				EILEEN ERL ENSY HURTADO ARIZA EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago.			
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				El Supervisor,			
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.				OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO 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 CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ SUBDIRECTORA DE CENTRO G02							

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

PLANILLA NRO. 36884428

REFERENCIA DE PAGO (PIN):

Fecha Pago Planilla: 2026-05-04

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	EILEEN ERLANSY HURTADO ARIZA	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	1101755907	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	LOS GUAYABOS	DEPARTAMENTO	SANTANDER	MUNICIPIO	VELEZ
ACTIVIDAD ECONÓMICA	6920	CORREO ELECTRÓNICO	EILEENHURTADO28@GMAIL.COM	TELÉFONO	3108159138
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2026	Mes: 04	Año: 2026	Mes: 04	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		\$0		36884428

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO										Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Sub tipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Actividad Eco	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-1101755907	59	No	No	No	68	861	1855101	Salario	HURTADO ARIZA EILEEN ERLENSY	\$1.750.905

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TDA	TDP	TASP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 1101755907																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Días Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 1101755907	PORVENIR	30	\$1.750.905	0.1600000	\$280.200	\$0	\$0	\$280.200	\$0	\$0	\$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Di as Co t	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Di as Co t	IBC Riesgos	Có d CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 1101755907	NUEVA E.P.S. S.A.	30	\$1.750.90 5	0.1250000	\$218.900	\$0	0	\$0	0	\$0	30	\$1.750.90 5	89 99 03 4	0.0052200	\$9.200

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-1101755907	SIN CCF	0	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2026 - 04											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADO RA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	\$280.200	\$0	\$0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	\$280.200

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																				
ADMINISTRA DORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOT AL APORTES COT	SUBTOT AL APORTES	RADICA CIÓN AUTOLI Q INICIA L	SALDO FAVOR PERÍOD O ANTERI OR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍOD O ANTERI OR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$218.900	\$0	0	\$0	0	\$0	\$218.900	0	\$0	\$0	\$218.900	\$0	0	\$0	\$0	\$218.900	\$0	\$0	\$218.900

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRA DORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDA DES	VLR INCAPACIDA DES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUID ACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONA LES	TOTAL PAGAR
POSITIVA	1	\$9.200	0	\$0	\$0	\$9.200	0	\$0	\$9.200	0	\$0	\$0	\$9.200

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD		NÚM DE AFIL		VLR TOTAL APORTES	
SIN CCF		1		\$0	
SENA		0		\$0	
ICBF		0		\$0	
ESAP		0		\$0	
MinEdu		0		\$0	

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	\$218.900
PENSIONES	1	\$280.200
RIESGOS PROFESIONALES	1	\$9.200

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	\$0
SENA	1	\$0
ICBF	1	\$0
ESAP	1	\$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	\$0
GRAN TOTAL	1	\$508.300



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SAN GIL, 21 de Mayo del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
SAN GIL

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:

RC	1101759499	Sarah Sophia Gonzalez Hurtado	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,

EILEEN ERLENSY HURTADO ARIZA
C.C. 1101755907

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50616541

NUIP 1 101 759 400

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R 8 N

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE VELEZ COLOMBIA SANTANDER VELEZ

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

GONZALEZ

HURTADO

Nombres(s)

SARAH SOPHIA

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2 0 1 4 Mes N O V Día 2 2 FEMENINO A POSITIVO

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA SANTANDER VELEZ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

126853266

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HURTADO ARIZA EILEEN ERIENSY

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.101.755.907

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ BARENO YEDINSON ROBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.101.752.357

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ BARENO YEDINSON ROBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

CC 1.101.752.357

[Firma manuscrita]

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 2 0 1 4 Mes D I C Día 0 3

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ROSALBA CASTELLANOS HERNANDEZ - R

Nombre y firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento