



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 NARIÑO

CENTRO DE SERVICIOS Y GESTION EMPRESARIAL - ANTIOQUIA

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

Código Regional	52
Código Centro	953410
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	94230-595955

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	JUAN ALONSO CORTES ALVAREZ	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	13.065.050	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	jacortesa@sena.edu.co	Número de Cuenta:	88549782617
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			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:	9300449/2026	Nº Compromiso SIIF	25526	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR. PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN CUALQUIER MODALIDAD EN EL PROGRAMA RELACIONADO CON EL FONDO NACIONAL DE LA INDUSTRIA				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 35.531.227
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 48.480.385
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 30.793.730

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	2,03%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 113.043
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 9.474.994</b>		\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 5.570.495</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 113.043</b>

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

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	37068699	Base retención en la fuente a título de RENTA	5.570.495,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
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	113.043,00	2,03%
ARL	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - IPIALES	0,00	0,000%
				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	\$ -		Estampilla Prodesarrollo UDENAR	23.687,00	0,500%
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	\$ 947.499		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 37.927.505	\$ 1.857.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.166.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.600.767,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Instructor del curso complementario: IMPLEMENTACION DE SISTEMAS SOLARES FOTOVOLTAICOS AUTÓNOMOS Fi cha: 3499192
Instructor del curso complementario: ENSAMBLE DE TABLEROS ELÉCTRICOS EN BAJA TENSIÓN Fi cha: 3491958
Instructor del curso complementario: ELECTRICIDAD BÁSICA Fi cha: 3512277
Instructor del curso complementario: IMPLEMENTACION DE SISTEMAS SOLARES FOTOVOLTAICOS AUTÓNOMOS Fi cha: 3521465

**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

**JUAN ALONSO CORTES ALVAREZ  
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,

**JUAN CARLOS PEREZ ORTIZ  
COORDINADOR ACADÉMICO**

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  
WILLIAM ORLANDO NARVAEZ MARCILLO  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

**PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES**

**PLANILLA NRO. 37068699**

**REFERENCIA DE PAGO (PIN):**

**Fecha Pago Planilla: 2026-05-15**

**PAGADA**

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	JUAN ALONSO CORTES ALVAREZ	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	13065050	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	MAZ C CASA 48	DEPARTAMENTO	NARINO	MUNICIPIO	PASTO
ACTIVIDAD ECONÓMICA	8899	CORREO ELECTRÓNICO	JCORTES1971@YAHOO.COM	TELÉFONO	3216432745
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: 05	Año: 2026	Mes: 05	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		\$0		37068699

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-13065050	59	No	No	No	52	1	1855101	Salario	CORTES ALVAREZ JUAN ALONSO	\$1.895.000

NOVEDADES																																	
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	T D E	T A E	T D A	T A S	V P P	Fecha Nov Vsp	V T E	V S L	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	I G E	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	L M A	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	V A C	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	A V C P T	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin				
CC - 13065050																															0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 13065050	PORVENIR	30	\$1.895.000	0.1600000	\$303.200	\$0	\$0	\$303.200	\$0	\$0	\$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Có d CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 13065050	SANITAS	30	\$1.895.000	0.1250000	\$236.900	\$0	0	\$0	0	\$0	30	\$1.895.000	8999034	0.0052200	\$9.900

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-13065050	SIN CCF	0	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2026 - 05

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 APOORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APOORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	\$303.200	\$0	\$0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	\$303.200

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APOORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOT AL APOORTES COT	SUBTOT AL APOORTES	RADICACIÓN AUTOLIQÜO INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SANITAS	1	\$236.900	\$0	0	\$0	0	\$0	\$236.900	0	\$0	\$0	\$236.900	\$0	0	\$0	\$0	\$236.900	\$0	\$0	\$236.900

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA

ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQÜO INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
POSITIVA	1	\$9.900	0	\$0	\$0	\$9.900	0	\$0	\$9.900	0	\$0	\$0	\$9.900

TOTAL APORTES PARAFISCALES

NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	1	\$0	0	\$0	\$0
SENA	0	\$0	0	\$0	\$0
ICBF	0	\$0	0	\$0	\$0
ESAP	0	\$0	0	\$0	\$0
MinEdu	0	\$0	0	\$0	\$0

TOTAL A PAGAR

CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	\$236.900
PENSIONES	1	\$303.200
RIESGOS PROFESIONALES	1	\$9.900
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	\$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SENA	1	\$0
ICBF	1	\$0
ESAP	1	\$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	\$0
GRAN TOTAL	1	\$550.000



CONSTANCIA DE PAGO  
Período Pensión: 2026-05  
Período Salud : 2026-05

Se certifica que en la fecha 2026-05-15 el aportante y/o empresa JUAN ALONSO CORTES ALVAREZ con documento de identificación CC 13065050 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante CORTES ALVAREZ JUAN ALONSO identificado con CC-13065050, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante				
Identificación		Razón Social		
CC-13065050		JUAN ALONSO CORTES ALVAREZ		
Datos Planilla				
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales	
37068699	I	2026-05-15	0,00522	
Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Dias
AFP	800224808	230301	PORVENIR	30
EPS	800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30



## Resumen de pago

### Descripción de compra

Pago de seguridad Social Integrado

### Tienda

ASOPAGOS

### Estado de la transacción

Transacción exitosa

### Fecha de la transacción

15 de mayo de 2026 a las 10:06 a. m.

### CUS

310041557

### Referencia Nequi

M05031215

### ¿Cuánto?

\$ 550.000,00

### Valor de los impuestos

\$ 0,00

### Número de referencia 1

10.10.11.80

### Número de referencia 2

CC

### Número de referencia 3

13065050

### Factura de comercio

37068699

### Tu plata salió de:



Disponible



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

IPIALES, 9 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)  
IPIALES

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	1086420849	SAMUEL IGNACIO CORTES FUERTES	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,

---

JUAN ALONSO CORTES ALVAREZ  
C.C. 13065050

REPÚBLICA DE COLOMBIA



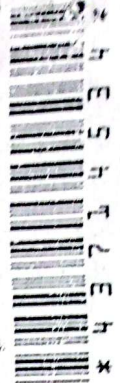
ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

**NUIP** 1.086.420.849

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo  
Serial

4 3714534



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

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código <input type="checkbox"/>
Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA - NARIÑO - IPIALES						

**Datos del Inscrito**

Primer Apellido CORTES		Segundo Apellido FUERTES	
Nombre(s) SAMUEL IGNACIO			
Fecha de nacimiento Año: 2011 Mes: AGO Día: 14		Sexo (en letras) MASCULINO	Grupo sanguíneo O
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio) COLOMBIA - NARIÑO - IPIALES		Factor RH POSITIVO	

**Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos**

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo 10776719-1
----------------------------	---

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos FUERTES CASTRO RUBY ROCIO	
Documento de identificación (Clase y número) C.C No 37,011,754 DE IPIALES (NARIÑO)	Nacionalidad COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos CORTES ALVAREZ JUAN ALONSO	
Documento de identificación (Clase y número) C.C No 13,065,050 DE TUQUERRES (NARIÑO)	Nacionalidad COLOMBIANA

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos CORTES ALVAREZ JUAN ALONSO	
Documento de identificación (Clase y número) C.C. No 13,065,050 DE TUQUERRES (NARIÑO)	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: 2011 Mes: AGO Día: 19	Nombre y firma del funcionario que autoriza DR MAURICIO VELA ORBEGOSO
----------------------------	--

**Reconocimiento paterno**

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

NÚMERO **1.086.420.849**

**CORTES FUERTES**

APELLIDOS  
**SAMUEL IGNACIO**

NOMBRES

*Samuel Cortes*  
FIRMA



  
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-AGO-2011**

**IPIALES**  
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**14-AGO-2029**

FECHA DE VENCIMIENTO  
**26-NOV-2018 PASTO**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

**O+** **M**  
G S RH SEXO

*Willy* *Samuel*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VALERA



P-2300100-01047637-M-1086420849-20181129 0063303618A 1 6805241363