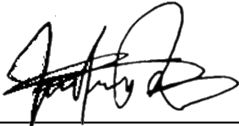


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		68	
			Código Centro		954110	
			Fecha Elaboración		Junio de 2026	
			Versión		ENERO - 1,26	
			ID de Proceso		51086-208039	
REGIONAL SANTANDER						
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER						
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1						
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES			Banco a consignar: BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía 1.101.690.291			Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: ialvarezc@sena.edu.co			Número de Cuenta: 32229476661			
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?					SI	
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: 9199797/2026		Nº Compromiso SIIF 21626		Número de pagos durante la vigencia del contrato 8		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMPLEMENTARIA PARA PERSONAS EN SITUACION DE DESPLAZAMIENTO EN LA RED DE CONOCIMIENTO: AGROINDUS PL 550 HRS VR MES 40901				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 7.771.190	
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 22.495.550	
Valor Bruto Pago:	\$ 3.926.496,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 3.844.694	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 3.926.496		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%	
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.926.496			\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.479.746		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Junio	Mayo	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.479.746,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	8641273908	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.926.496,00	
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		\$ 0	\$ 0	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 - 8551	0,00	0,500%
		\$ -			0,00	0,500%
		\$ -			0,00	0,500%
		\$ -			0,00	0,500%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			0,00	0,500%
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		\$ 392.650		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 27.583.640	\$ 826.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 3.084.000				
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	\$3.926.496,00	
SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ficha 3518028 Programa Comercialización de Productos Agroindustriales, Competencia Vender productos y servicios de acuerdo con las necesidades del cliente y objetivos comerciales.						
Ficha 3532205 Programa Comportamiento Emprendedor, Competencia Fomentar cultura emprendedora según habilidades y competencias personales.						
Ficha 3543200 Programa Aplicación de Buenas Prácticas de Manufactura para Productos Cosméticos, Competencia Verificar el cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura de acuerdo con procedimientos operacionales y normatividad. Total horas de formación mes de Junio 96. Planilla de salud No. 8641273908 mes de Mayo.						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:			 INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES EL CONTRATISTA			
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						
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,			
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;			OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO INSTRUCTOR G20			
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.						
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						



RAZÓN SOCIAL :	INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES
IDENTIFICACIÓN:	CC-1101690291
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-02
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-06-23
FECHA DE PAGO:	2026-06-02
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-05
PERÍODO SALUD:	2026-05
NÚMERO PLANILLA:	8641273908
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8630509613
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 218.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 18.300	\$ 18.300
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 237.200	\$ 237.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/07/2026
----------------------------------	------------

Certifica:

Que el(la) señor(a) **INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES** identificado(a) con CC número **1101690291** le fue reconocida una pensión de **Renta Vitalicia Inmediata Invalidez** y se encuentra recibiendo el pago de su mesada pensional por parte de **Asulado Seguros de Vida S.A.**, desde **01/12/2022** bajo la modalidad Renta vitalicia inmediata.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado(a) el **09/06/2026**.

Cordialmente,



Sergio Mauricio Hernández Zapata
Líder de Operaciones y Servicios

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros: Línea de servicio **Asulado**:**

Con nuestra asesora virtual LUSA en el WhatsApp **315 5114150**, Medellín **(604) 4026876** y Nacional **01 8000 412 854**
www.asulado.com



Visita nuestro Portal
Transaccional www.asulado.com



Chatea con Lusa, tu asistente
virtual en la línea de WhatsApp
+57 315 511 4150



Línea nacional: 01 8000 412 854
Medellín: (604) 402 68 76



Asulado Seguros



@asuladoseguros



Asulado Seguros de Vida S.A.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, junio de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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 párrafo 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.	1186964353	SHARIK SAMARA CHAPARRO ALVAREZ	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: INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES

C.C. 1.101.690.291



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP	1.186.964.353	Indicativo Serial	152801271
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO			
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina			
Registraduría	☒	Notaría	☐
Número	☐	Consulado	☐
Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐
Código	E	H	C
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía			
REGISTRADURIA DE SOCORRO. HCSP. SAN JUAN DE DIOS - COLOMBIA - SANTAN			
Datos del Inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
CHAPARRO		ALVAREZ	
Nombre(s)			
SHARIK SAMARA			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	
Año 2018 Mes JUN Día 10		FEMENINO	
Grupo sanguíneo		Factor RH	
A		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA SANTANDER SOCORRO			
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos		Número certificado de nacido vivo	
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO		144258505	
Datos de la madre			
Apellidos y nombres completos			
ALVAREZ CORTES INGRID JOHANA			
Documento de identificación (Clase y número)		Nacionalidad	
CC 1.101.690.291		COLOMBIA	
Datos del padre			
Apellidos y nombres completos			
CHAPARRO ARENAS WCODT			
Documento de identificación (Clase y número)		Nacionalidad	
CC 91.156.262		COLOMBIA	
Datos del declarante			
Apellidos y nombres completos			
CHAPARRO ARENAS WCODT			
Documento de identificación (Clase y número)		Firma	
CC 91.156.262			
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 2018 Mes JUN Día 12		FERNANDO FONSECA ALVAREZ - REGIST	
Reconocimiento paterno		Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento	
Firma		Nombre y firma	
ESPACIO PARA NOTAS			

52801271

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
SOCORRO - SANTANDER

El suscrito Registrador del Estado Civil, certifica que la fotocopia al respaldo de esta hoja es fiel y auténtica, y fue tomada de su original que reposa en lo archivos de Registro Civil de esta oficina.

Libro 79 Serial 15280727 N2 R X

Fecha: 11-2 JUN 2018 FERNANDO FONSECA ALVAREZ
Registrador del Estado Civil
Valido sin sello. Dicto: 2150/95

Valido Para: TRAMITE



16/5