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	**30 de Junio de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**57529-308976**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GIMENA ALEXANDRA QUINTERO PIMENTEL	**Banco a consignar:**	BANCO POPULAR
Cédula de Ciudadanía	63.549.712	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	xaquinterop@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	500805350799
IP/Nº de contacto:	6800600	**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?	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:	9202725/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**26226**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LA RED DE RED DE CONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE PEDAGOGÍA EN EL ÁREA TEMÁTICA COMUNICACIÓN, MEDIANTE PL 10 M D 10 VR MES 4737497

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2026**	**Al**	**30/06/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 30.162.065
Número de pago	**5**			**Valor Total del Contrato:**	$ 48.954.136
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 25.424.568

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 464.273	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.201.770**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.098.593**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9504870495**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 520.177	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$37.927.505	$ 1.033.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.681.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.098.593,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - SAN GIL	0,00	0,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.737.497,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Grupo: 3503471 TN Asistencia Administrativa	Fechas :11,12,17 de junio	horas : 20
Grupo: 3515317 Comunicaciòn en Equipos de trabajo	Fechas: 1,2,3,4 de junio	horas: 16
Grupo: 3452068 Comunicaciòn Asertiva y Efectiva en equipos de trabajo.	Fechas: 5,26 de junio	horas: 8
Grupo: 3529643 Comunicaciòn Asertiva y Efectiva en equipos de trabajo.	Fechas: 5,9,10,19 de junio	horas: 24
Grupo: 3539239 Servicio al cliente	Fechas: 16,17,18,22,23,24,25,26 ,30 de junio	horas: 36

Horas Adicionales Otros:

Realizacion, diseño y ejecuciòn de proyecto de comunicaciòn asertiva programado por la subdirecciòn de Centro.

fechas : 1 al 19 de junio. horas: 20

Total horas: 124

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

GIMENA ALEXANDRA QUINTERO PIMENTEL
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

LUIS CARLOS REINA SANCHEZ
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

24/06/26 11:37:37 USUARIO: SIC - C.C. 63549712

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63549712		QUINTERO PIMENTEL GIMENA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 14 # 32 - 42	BUCARAMANGA-SANTANDER	6479745	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	1000000782	9504870495	I	2026/06/03	2026/06/10	BANCO DE BOGOTA	7	$574,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,895,200	$303,300			$1,895,200	$236,900			$1,895,200	$11,400			$1,895,200	$19,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,895,200	$303,300			$1,895,200	$236,900			$1,895,200	$11,400			$1,895,200	$19,800		$0	$0
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,895,200	$303,300			$1,895,200	$236,900			$1,895,200	$11,400			$1,895,200	$19,800		$0	$0
1	CC 63549712	QUINTERO GIMENA	25-14	30	$1,895,200	$303,300	EPS002	30	$1,895,200	$236,900	CCF40	30	$1,895,200	$11,400	14-23	30	$1,895,200	$19,800	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,895,200	$303,300			$1,895,200	$236,900			$1,895,200	$11,400			$1,895,200	$19,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63549712		QUINTERO PIMENTEL GIMENA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 14 # 32 - 42	BUCARAMANGA-SANTANDER	6479745	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	1000000782	9504870495	I	2026/06/03	2026/06/10	BANCO DE BOGOTA	7	$574,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$303,300	$1,600	$0	$304,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$303,300	$1,600	$0	$304,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,800	$200	$0	$20,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,800	$200	$0	$20,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,400	$100	$0	$11,500
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	1	$11,400	$100	$0	$11,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$1,300	$0	$238,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$236,900	$1,300	$0	$238,200
TOTAL				**1**	**$571,400**	**$3,200**	**$0**	**$574,600**

PROCESO		
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública [X]	Pública Clasificada [ ]	Pública Reservada [ ]

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 de Junio 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.	**1098076442**	**SANTIAGO AGUIRRE QUINTERO**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

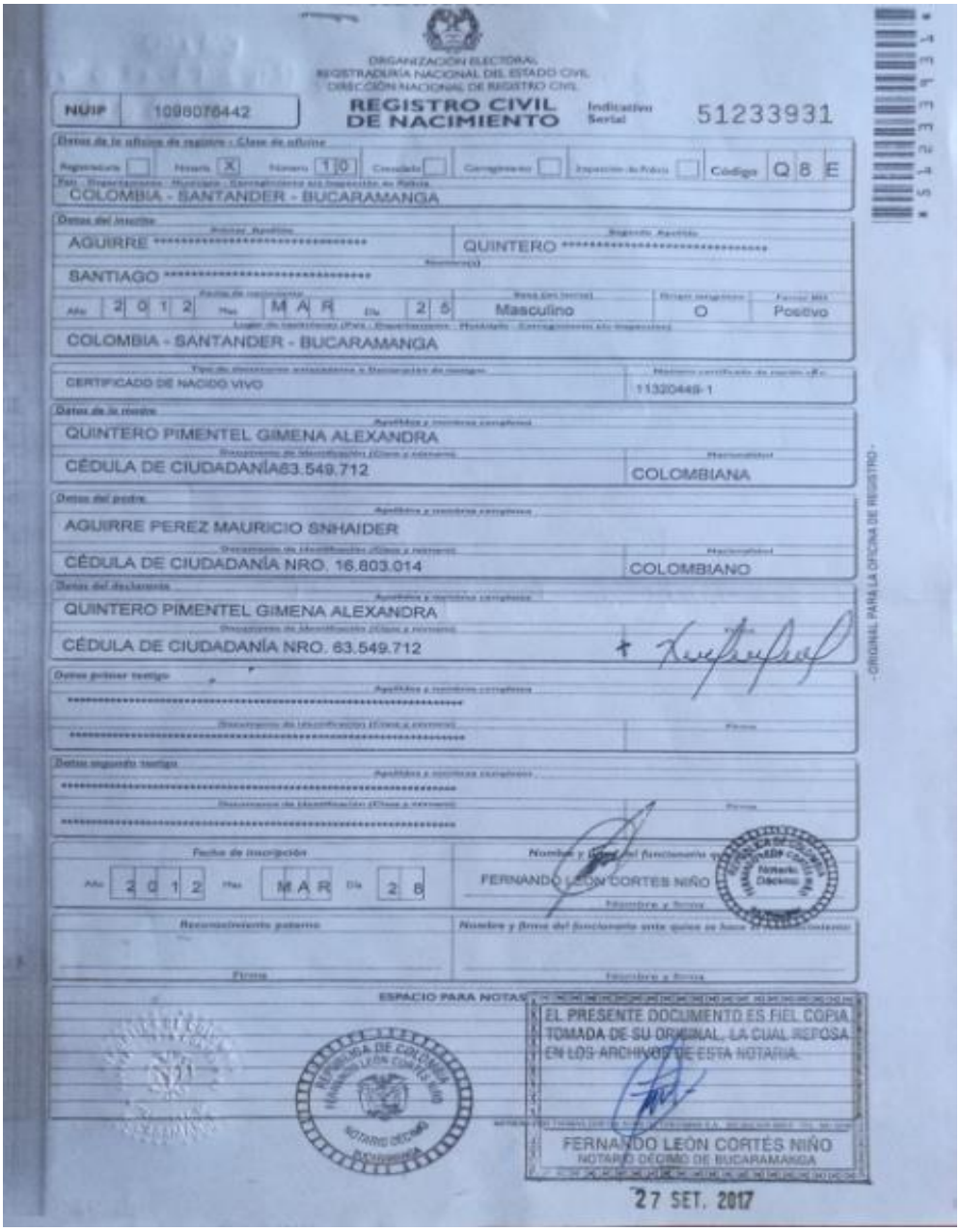
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: GIMENA ALEXANDRA QUINTERO PIMENTEL
C.C. 63.549.712



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

NUIP 1098076442

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51233931

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría [ ] Notaría [X] Número 10 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q 8 E
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito
Primer Apellido: AGUIRRE **********
Segundo Apellido: QUINTERO **********
Nombre(s): SANTIAGO **********
Fecha de nacimiento: Año 2012 Mes MAR Día 26
Sexo (en letras): Masculino
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: Positivo
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 11320449-1

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos: QUINTERO PIMENTEL GIMENA ALEXANDRA
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA83.549.712
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos: AGUIRRE PEREZ MAURICIO SNHAIDER
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 16.803.014
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos: QUINTERO PIMENTEL GIMENA ALEXANDRA
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 63.549.712

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 2012 Mes MAR Día 28
Nombre y firma del funcionario que autoriza: FERNANDO LEÓN CORTES NIÑO
Identificación y firma

Reconocimiento paterno
Firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

EL PRESENTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, LA CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA.

FERNANDO LEON CORTÉS NIÑO
NOTARIO DECIMO DE BUCARAMANGA

27 SET. 2017