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 GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**Julio de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**47106-765262**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YEIMMIN PAOLA ARIZA SUAREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.101.757.561	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	paolaarizasuarez@gmail.com	**Número de Cuenta:**	32900000150
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?	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:	9143709/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**13226**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	5

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RA DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS, PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS TÉCNICAS.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2026 Al 30/06/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 4.665.060
Número de pago	**5**	**Valor Total del Contrato:**	$ 22.858.794
Valor Bruto Pago:	**$ 4.665.060,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.665.060	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	3,36%
Ingresos por comisiones	$ 4.903.700	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 203.291
			$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 9.568.760**		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 6.045.484**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 203.291**

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

		Junio	Mayo			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	6.045.484,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9505418697**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.665.060,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.866.024	$ 1.866.024	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 233.300	$ 233.300	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 298.600	$ 298.600	Menos Retención en la Fuente	203.291,00	3,36%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL	II	$ 19.500	$ 19.500	Reteica - 8543 - VELEZ	9.330,00	0,200%
		$		-	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		$ 956.876		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$17.239.775	$ 2.015.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.069.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.452.439,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación para el programa: DECORACIÓN DE OBJETOS ARTESANALES EN ARTE COUNTRY
Ficha:3540298 8:00-16:00 duración:48 Horas
Ficha:3540371 8:00-16:00 duración:48 Horas
Ficha:3540347 8:00-16:00 duración:48 Horas
Impartir formación para el programa:ELABORACIÓN DE PRODUCTOS TEJIDOS CON MOSTACILLA SOBRE TELAR
Ficha:3504389 8:00-16:00 duración:24 Horas
TOTAL HORAS:168

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

Paola Ariza

YEIMMIN PAOLA ARIZA SUAREZ
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,

GREGORIO RUIZ MEDINA
PROFESIONAL G09

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
JAVIER GONZALEZ FRANCO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 1101757561		ARIZA SUAREZ YEIMMIN PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Barrio los Arrayanes casa # 7	VELEZ-SANTANDER	2845615	Si

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	353909163	9505418697	I	2026/06/16	2026/06/01	BANCOLOMBIA	0	$551,400

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)					$1,866,024	$298,600			$1,866,024	$233,300			$0	$0			$1,866,024	$19,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,866,024	$298,600			$1,866,024	$233,300			$0	$0			$1,866,024	$19,500		$0	$0
Ciudad: VELEZ Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,866,024	$298,600			$1,866,024	$233,300			$0	$0			$1,866,024	$19,500		$0	$0
1	CC	1101757561	ARIZA YEIMMIN	230201	30	$1,866,024	$298,600	EPS037	30	$1,866,024	$233,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,866,024	$19,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,866,024	$298,600			$1,866,024	$233,300			$0	$0			$1,866,024	$19,500		$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 1101757561		ARIZA SUAREZ YEIMMIN PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Barrio los Arrayanes casa # 7	VELEZ-SANTANDER	2845615	Si

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	353909163	9505418697	I	2026/06/16	2026/06/01	BANCOLOMBIA	0	$551,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$298,600	$0	$0	$298,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$298,600	$0	$0	$298,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,500	$0	$0	$19,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,500	$0	$0	$19,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$233,300	$0	$0	$233,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$233,300	$0	$0	$233,300
TOTAL				1	$551,400	$0	$0	$551,400

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

VELEZ, 30 de Junio del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
VELEZ

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	**1187214055**	**Lucciana Vargas Ariza**	**Hija**

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,



YEIMMIN PAOLA ARIZA SUAREZ
C.C. 1101757561

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 30708249-0

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

60585329

NUIP	1187214055

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **60585329**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	E	H	D
X									

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - VELEZ VELEZ. HOSP. SAN JUAN DE DIOS **********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VARGAS **********	ARIZA **********

Nombre(s)

LUCCIANA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ENE Día 23	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - SANTANDER - VELEZ **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	168581431 *********

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

ARIZA SUAREZ YEIMMIN PAOLA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1101757561 **********	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

VARGAS GAMBOA ALAN DANIEL **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1101756830 **********	COLOMBIA *********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VARGAS GAMBOA ALAN DANIEL **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1101756830 **********	

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 2022 Mes ENE Día 24	ROSALBA CASTELLANOS HERNANDEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	ROSALBA CASTELLANOS HERNANDEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 9;24/01/2022

Scanned with CamScanner

SENA	Versión: 1 Código: GCCON-F-088

PROCESO

GESTIÓN CONTRACTUAL

NOMBRE DEL FORMATO

ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA

CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Pública	x	Pública Clasificada		Pública Reservada	

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: YEIMMIN PAOLA ARIZA SUAREZ						IDENTIFICACIÓN
CIUDAD	Municipios de la provincia de Vélez y area de influencia del CGAO	FECHA	30/06/26	REGIONAL	SANTANDER	1.101.757.561
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:		CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE				
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		CO1.PCCNTR.9143709 29/01/2026				

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	x	CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		TERMINACIÓN UNILATERAL	

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC		ANDREY FELIPE MERCHAN	Andrey Felipe Merchan
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		GREGORIO RUIZ MEDINA	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		GREGORIO RUIZ MEDINA	
ALMACÉN E INVENTARIOS		Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		FIDEL ROMERO SANCHEZ/ JAVIER REYES	
CONTABILIDAD		JENNY ALEXANDRA LARROTTA RIVERA	
TESORERIA		CLAUDIA CONSUELO PARDO TORRES	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA		EDUAR JAVIER CAMACHO VANEGAS	
BIBLIOTECA		EDDY JOHANA ARIZA OLARTE/ CATALINA GONZALEZ SERRANO	Catalina Serrano.
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		GREGORIO RUIZ MEDINA	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Paola Ariza

Firma del Contratista

Scanned with CamScanner

SENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01 Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) ARIZA SUAREZ YEIMMIN PAOLA identificado(a) con CC. 1101757561 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 7 de Julio de 2026 a las 11:32:08

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.