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 GUAVIARE

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE

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

Código Regional	**95**
Código Centro	**953310**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**04931-758712**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIO HUMBERTO SANCHEZ ARENAS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	15.924.640	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mhsancheza@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	91238560077
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:	9202194/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**13626**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL, PARA ORIENTAR DE FPI MODALIDAD PRESENCIAL PROG ARTICULACIÓN CON LA MEDIA, RED CONOCIMIENTO AGRICOLA QUE IMPARTE CDATTG, EN DPTO GUAVIARE. RDO.CPE NO. 95-9-2026-000411.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2026**	**Al**	**30/09/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.987.678
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.444.551
Valor Bruto Pago:			**$ 5.493.839,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 5.493.839

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.493.839	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	**$ 5.493.839**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.221.055**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	**Agosto**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**6031040681**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.221.055,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.197.536	$ 2.197.536	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 274.700	$ 274.700	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 351.700	$ 351.700	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	II	$ 23.000	$ 23.000	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8299 - SAN JOSE DEL GU	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		$ -		Pro-Univesidad de la Amazonia	27.469,00	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		$ 549.384		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 31.031.595	$ 1.074.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.518.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$5.466.370,00**	

SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA 3438536 SISTEMAS AGROPECUARIOS ECOLÓGICOS (NODO 2) -Trabajos teórico prácticos mantenimiento de cultivos – planes de fertilización- Administración de la formación Sofia plus – SharePoint.

FICHA 3164006 SISTEMAS AGROPECUARIOS ECOLÓGICOS (EL CAPRICHO) Practicas de manejo en bovinos – porcinos – actividades del proyecto de semillero de articulación. Administración de la formación Sofia plus – SharePoint.

FICHA 3438643 MANEJO DE LA PRODUCCIÓN AGROECOLÓGICA - (Libertad)- Trabajos teórico prácticos mantenimiento de cultivos – Manejo de agua – sistemas de riego - Administración de la formación Sofia plus – SharePoint.

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



MARIO HUMBERTO SANCHEZ ARENAS
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,

EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
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
EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

14/09/26 07:34:51 USUARIO: SIC - C.C. 15924640

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	15924640
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIO HUMBERTO SANCHEZ ARENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN JOSE DEL GUAVIARE	DEPARTAMENTO:	GUAVIARE
DIRECCIÓN:	BARRIO ROSALES MANZANA L	TELÉFONO:	5849067
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo a la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6031040681**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/09/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		616151337

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 351.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 351.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 274.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 274.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 23.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 23.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 649.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 649.500**

Planilla Pagada

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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 14 de septiembre de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
San José Del Guaviare

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.	**1.120.583.106**	**ÁNGEL CAMILO SÁNCHEZ ALFONSO**	**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: Mario Humberto Sánchez Arenas
C.C. 15.924.640

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 5118652

NUIP 1.120.583.106

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
SANCHEZ ALFONSO ANGEL CAMILO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)
Año 2017 Mes ENE Día 12

Sexo (en letras): MASCULINO

Tipo Sanguíneo: O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Fecha de Inscripción (Mes en letras)
Año 2017 Mes ENE Día 19

Indicativo serial: 0054641944

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ALFONSO MELGAREJO ANDREA LILIANA

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.123.084.042

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
SANCHEZ ARENAS MARIO HUMBERTO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 15.924.640

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
SANCHEZ ARENAS MARIO HUMBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 15.924.640

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Código: X2R

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2017 Mes ENE Día 19

Nombre y firma del funcionario

WILLIAM HERNANDEZ
Registrador del Estado Civil

Archivo Copia Registro Civil
20023798-1