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 ATLÁNTICO

DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO

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

Código Regional	**8**
Código Centro	**101008**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**29725-637138**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	AMANDA MIGUEL MEDINA HURTADO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.044.434.917	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	amedinau@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	55445188661
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
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:	8989258/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**11326**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST. SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SENA Y A LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES DE EMPRENDIMIENTO RADICADO 08-9-2026-001759...PZO 30-12-2026

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 50.320.000
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 56.861.600
Valor Bruto Pago:			**$ 5.032.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 45.288.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.032.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 918.195	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.950.195**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.024.895**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**6004848756**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.024.895,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.012.800	$ 2.012.800	Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.950.195,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 251.600	$ 251.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 322.100	$ 322.100	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 I		$ 10.600	$ 10.600	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8299 - BARRANQUILLA	69.022,00	1,160%
		$		-	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		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 41.375.460	$ 1.341.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.362.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.962.978,00**	

SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formulación de planes de negocio para las convocatorias vigentes.

Se realiza orientaciones a los emprendedores en la cual se le informa sobre los programas disponibles en fondo emprender

Reporte de asistencia a reuniones en el mes de marzo

Reunión apoyo información correo emprendimiento

Atención emprendedora de la población de pescadores

Participación de la reunión Lineamientos iniciales – Línea de Creación (asociativa) - 131 a 148

Participación de la reunión de Acompañamiento Técnico CNE a Regionales - Formulación a Convocatorias FE 2026.

Atención y acompañamiento de emprendedores en el municipio de palmar de Varela

Atención a emprendedora del municipio de palmar de Varela

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

AMANDA MIGUEL MEDINA HURTADO
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,

HERNAN ALBERTO BERDEJO MARTINEZ
PROFESIONAL G02

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
JACQUELINE ROJAS SOLANO
DIRECTOR REGIONAL A G08

19/03/26 13:16:28 USUARIO: SIC - C.C. 1044434917

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1044434917
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			AMANDA MIGUEL MEDINA HURTADO
CIUDAD/MUNICIPIO:	PUERTO COLOMBIA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CARRERA 15 # 9-20	TELÉFONO:	3167750
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6004848756**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/03		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		109608476	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 322.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 322.100	$ 0	$ 322.100
SUBTOTALES:										**$ 322.100**	**$ 0**	**$ 322.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 251.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 251.600	$ 0	$ 0	$ 251.600
SUBTOTALES:													**$ 251.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 251.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.600	$ 10.600	$ 0	$ 0	$ 10.600
SUBTOTALES:									**$ 10.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 10.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES									
																								PENSIÓN								SALUD					ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1044434917	MEDINA HURTADO AMANDA MIGUEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO								01-30										230201-PROTECCION	30	$ 2.012.800	$ 322.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 322.100	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.012.800	$ 251.600	$ 0	$ 251.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.012.800	104443491	$ 10.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 584.300

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA Barranquilla, febrero 25 de 2026

PRESENTADO A: Jacqueline Rojas Solano – directora regional Atlántico

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
1126	**3-2-2026** **4-2-2026**	**3-2-2026** **4-2-2026**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
PUERTO COLOMBIA	Atlántico	

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Realizar visitas de seguimiento a planes de negocio en etapa de puesta en marcha, en el marco de la Ruta Emprendedora, brindando asistencia técnica y acompañamiento conforme a los lineamientos de la Coordinación Nacional de Emprendimiento y a las obligaciones contractuales.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

- Verificación del estado de implementación del proyecto, revisión de avances productivos, operativos y administrativos.
- Orientación técnica al emprendedor sobre ajustes requeridos en la ejecución del plan.
- Registro de observaciones y recomendaciones.

RESULTADOS:

Se realizó seguimiento técnico a dos (2) planes de negocio en fase de puesta en marcha, verificando el avance físico y operativo de los proyectos, identificando fortalezas y oportunidades de mejora. Se brindaron las recomendaciones técnicas para fortalecer la sostenibilidad productiva y administrativa de las iniciativas.

EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

Dia 1:

Día 1:

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Realizar seguimiento virtual a compromisos establecidos	Amanda Medina Hurtado	Febrero de 2026

CONCLUSIÓNES: El desplazamiento permitió realizar seguimiento directo en territorio a los planes de negocio en fase de puesta en marcha, garantizando la verificación real de los avances y el cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos.

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Amanda Medina Hurtado	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador APE	**Hernan Berdejo Martínez**	

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA Barranquilla, marzo 17 de 2026

PRESENTADO A: Jacqueline Rojas Solano – directora regional Atlántico

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
9526	**11-3-2026** **12-3-2026** **13-3-2026** **16-3-2026**	**11-3-2026** **12-3-2026** **13-3-2026** **16-3-2026**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO Campo de la Cruz, Candelaria, Palmar de Varela y Juan de Acosta	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** Atlántico	**OTRA: (ciudad)**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Acompañamiento para formulación de planes de negocios convocatorias vigentes

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

- Se realizaron desplazamientos a los territorios con el fin de brindar acompañamiento técnico y metodológico a los emprendedores en etapa de formulación de planes de negocio.
- Se orientó a los participantes sobre los lineamientos, criterios de evaluación y requisitos establecidos en las convocatorias vigentes.
- Se apoyó la consolidación de información financiera, técnica y de mercado necesaria para la estructuración de los planes de negocio.
- Se efectuaron sesiones de revisión y retroalimentación individual, garantizando la coherencia y viabilidad de cada propuesta.
- Se levantó información de campo relacionada con la caracterización de la unidad productiva, costos de producción y proyecciones económicas.
- Se promovió la articulación con actores locales y entidades aliadas que pueden fortalecer los proyectos emprendedores.

RESULTADOS:

Se avanzó en la estructuración técnica y financiera de las propuestas, aumentando su nivel de calidad y probabilidad de aprobación, fortaleciendo las capacidades de los emprendedores en temas de planeación, análisis de costos, mercado y sostenibilidad del negocio y consolidando insumos que permitirán la postulación oportuna de los proyectos dentro de los plazos establecidos por la convocatoria.

EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

Dia 1: 11-3-2026

Día 1: 12-3-2026

Día 1: 13-3-2026

Día 1: 16-3-2026

COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Visita a los municipios de Campo de la Cruz, Candelaria, Palmar de Varela y Juan de Acosta	Amanda Medina Hurtado	marzo de 2026

CONCLUSIÓNES: Atención directa, personalizada y efectiva a los emprendedores, asegurando el cumplimiento de las metas institucionales relacionadas con la promoción y estructuración de iniciativas empresariales.

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Amanda Medina Hurtado	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador APE	**Hernan Berdejo Martínez**	