

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 CAUCA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		19				
			Código Centro		930710				
			Fecha Elaboración		Julio de 2025				
			Versión		ENERO - 2.25				
			ID de Proceso		49204-920082				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		NOHORA JULIETA BOLAÑOS BOLAÑOS		Banco a consignar:		BANCO DE BOGOTA			
Cédula de Ciudadanía		34.570.882		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		julieticabolanos@gmail.com		Número de Cuenta:		520100975			
IP/N° de contacto:		3175179011		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 2024		SI			
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						NO			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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									
N° del contrato:		7393981/2025	N° Compromiso SIIF		16225	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA IMPARTIENDO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL VIRTUAL EN EL PROYECTO LA COORDINACION ACADEMICA TITULADA DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS, EN LA RED: LOGISTICA Y TRANSPORTE, EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA.							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/07/2025	Al		31/07/2025	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 24.837.359	
Número de pago		6	Valor Total del Contrato:		\$ 47.834.914				
Valor Bruto Pago:		\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:			\$ 20.237.848	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 4.599.511		Ninguno		0,00%			
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0			
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0							
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.599.511		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.425.960		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Julio		Junio		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.425.960,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		8636868149		Base retención en la fuente a titulo de ICA		4.599.511,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804		\$ 1.839.804		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000		\$ 230.000		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400		\$ 294.400		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 9.700		\$ 9.700		Reteica - 8560 - POPAYAN		9.199,00	0,200%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 208.000						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		\$ 459.951				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784		\$ 162.500		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$36.062.775		\$ 809.000		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.946.000						0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$4.590.312,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Impartir Información Profesional: 2834393. Gestión Integral de Transporte.									
Competencia: 260101067. Procesar los datos de acuerdo con técnica de investigación y tabulación.									
Resultados de Aprendizaje: 260101067-04. Reportar la información obtenida de la Operación del Servicio de acuerdo con técnica de investigación									
Resultado de Aprendizaje: Clasificar la información de la operación del servicio de acuerdo con técnicas									
Resultado de Aprendizaje: 210101075-04. Evaluar la operación de recibo y despacho según la capacidad de los recursos asignados.									
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:									
1. Cumpli 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						<div><div>Firmado digitalmente por Nohora Julieta Bolaños Bolaños Fecha: 2025.07.19 13:02:48 -05'00'</div></div>			
NOHORA JULIETA BOLAÑOS BOLAÑOS EL CONTRATISTA									
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;						Firmado digitalmente por ADA LORENA CERON Fecha: 2025.07.19 15:50:15 -05'00'			
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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.						ADA LORENA CERON ROSERO 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 HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02									

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN						
Periodo		Pago		Tipo	Fecha	
Pensión	Salud	Pin	Planilla	Planilla	Límite	Pago
2025-06	2025-06	8659203269	8636868149	I	2025/07/18	2025/07/14

PAGADO



COMPROBANTE PAGO PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de identificación del Aportante / Pin Único

34570882

Valor a Pagar \$:

570.900

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla

8659203269

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información:

Año

2025

Mes

06

Periodo de Cotización a Pagar:

ESTIMADO CLIENTE
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO
CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA
TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU
TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

VV 251 20250714 09:45 501579 LINEA 1

QR PAGADO: 570,900.00

NOMBRE: ASOPAGOS

CLAVE: 8659203269

ID: 34570882

Fecha Aplicación: 20250714

PIN: 94558

Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.



PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Popayán, 19 de junio de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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.	1.061.740.108	Manuela Gómez Bolaños	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: Nohora Julieta Bolaños
C.C. 34.570.882



NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:



DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO

1.061.740.108

GOMEZ BOLAÑOS

APELLIDOS

MANUELA

NOMBRES

Manuela gomez: 13.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

04-AGO-2009

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

04-AGO-2027

A+

F

FECHA DE VENCIMIENTO

G S RH

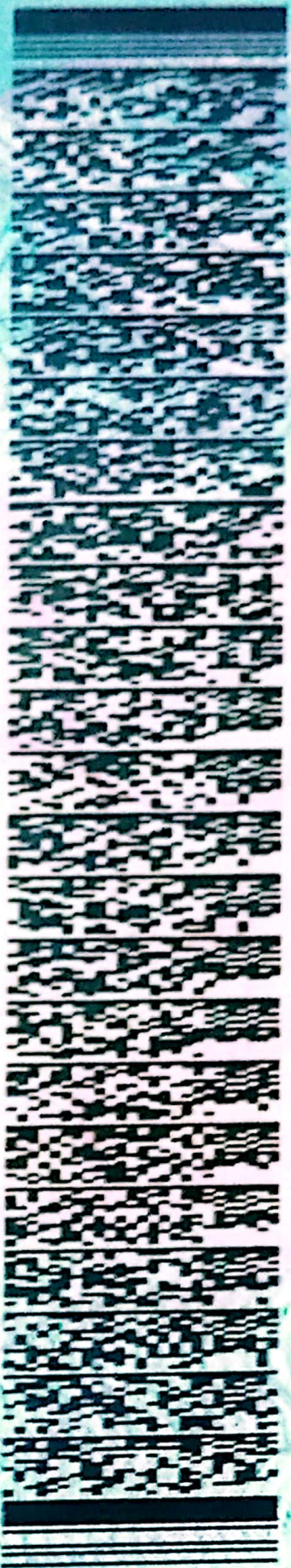
SEXO

24-JUL-2017 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



P-1100100-00930755-F-1061740108-20170810

0056985231A 3

7764543190

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.061.740.108

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 42915637
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	F	Z	F
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE POPAYAN - COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	GOMEZ.....			Segundo Apellido	BOLANOS.....									
Nombre(s)														
MANUELA.....														
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH								
Año	2	0	0	9	Mes	A	G	O	Día	0	4	FEMENINO.....		
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA CAUCA POPAYAN.....														

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	51499289-9.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
BOLANOS BOLANOS NOHORA JULIETA.....	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 34.570.882.....	COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
GOMEZ LASSO FREDDY.....	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 94.429.147.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
GOMEZ LASSO FREDDY.....	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 94.429.147.....	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
.....	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
.....	

Datos segundo testigo

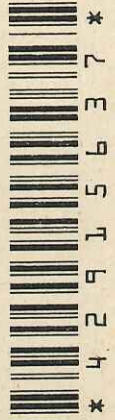
Apellidos y nombres completos	
.....	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
.....	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 0 9 Mes A G O Día 0 6	 MARIA ELVIRA PRADO PAREDES - REGI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
 Firma	 Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Libro de Varios T. 24 F 216



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**REGISTRADURÍA ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL
POPAYAN - CAUCA**

C E R T I F I C A

**QUE ESTE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
CON INDICATIVO SERIAL No. 42915637**



ESTA REPRODUCCIÓN
FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE
LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

Que se lleva en la Registraduría de
Popayán, es fiel copia del original

22 DE JULIO DE 2022

CONSUELO AMPARO CHANTRE HOYOS

Registradora Especial Del Estado Civil
Popayán – Cauca

**LA REGISTRADURÍA
DEL SIGLO XXI**