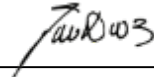


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		68	
			Código Centro		922510	
			Fecha Elaboración		22 Setiembre de 2025	
			Versión		ENERO - 2.25	
				ID de Proceso	58640-002433	
REGIONAL SANTANDER						
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER						
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1						
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		DIEGO RENE CARVAJAL HERNANDEZ		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		1.102.363.772		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		drcarvajal@sena.edu.co		Número de Cuenta:		79920527219
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 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						SI
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						
Nº del contrato:		7588047/2025	Nº Compromiso SIIF	33325	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACION DE PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL EN LA ESTRATEGIA DE ECONOMIA POPULAR ELABORACION DE AUDIOVISUALES PL 270 DIAS HORAS 540 VALOR HORA \$39.710				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/09/2025	Al	30/09/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 7.306.640	
Número de pago	7			Valor Total del Contrato:	\$ 21.443.400	
Valor Bruto Pago:	\$ 2.382.600,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 4.924.040	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 2.382.600		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		\$ 2.382.600		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.298.040		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Setiembre	Agosto	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.298.040,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9490571774	Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.382.600,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000	\$ 178.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800	\$ 227.800	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL		\$ 7.500	\$ 7.500	Reteica - 8299 - FLORIDABLANCA	14.296,00	0,600%
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		\$ -			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		\$ 238.260		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 32.784.341	\$ 433.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 2.562.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR	\$2.368.304,00	
SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Cumplir el objeto del contrato de manera , disponiendo de toda su capacidad, seriedad, responsabilidad, profesionalismo y efic						
Preparar, orientar, desarrollar y apoyar procesos de aprendizaje						
Desarrollar mecanismos que faciliten la reflexión, la innovación, el espíritu investigativo, la creatividad y la autoevaluación en los						
Reportar en el sistema SOFIA PLUS, en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles, una vez se ejecute la acción correspondiente, todas l						
participar en procesos de promoción de los programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de Divulgación Tecnoló						
Coadyuvar en el proceso de ingreso e inducción a los Aprendices						
Documentar en las diferentes plataformas LMS, SofiaPlus, los procesos de formación que orienta, asociado con el proyecto formativo						
Entregar oportunamente los informes requeridos, sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de aprendizaje						
Atender la formación titulada y apoyar la formación complementaria, según las necesidades del Centro de Formación						
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						
				DIEGO RENE CARVAJAL HERNANDEZ 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;						
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.						
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:				JAVIER DIAZ DIAZ INSTRUCTOR G18		
EL ORDENADOR DEL PAGO WILSON BASTOS DELGADO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1102363772		CARVAJAL HERNANDEZ DIEGO RENE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 17a # 56-60 T1 Apto 18-10	GIRON-SANTANDER	3223622835	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1791601383	9490571774	I	2025/09/16	2025/09/22	NEQUI	\$524,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																			
EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES																											
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado																					
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																			
Ciudad: GIRON Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																																																			
1	CC	1102363772	CARVAJAL DIEGO																	230201	30	EP5010	30			0	14-23	30	0.522%	0	No																				
Total Afiliados(1)																																																			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1102363772		CARVAJAL HERNANDEZ DIEGO RENE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 17a # 56-60 T1 Apto 18-10	GIRON-SANTANDER	3223622835	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1791601383	9490571774	I	2025/09/16	2025/09/22	NEQUI	\$524,500

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$288,000	\$1,100	\$0	\$289,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$288,000	\$1,100	\$0	\$289,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,400	\$100	\$0	\$9,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,400	\$100	\$0	\$9,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$225,000	\$900	\$0	\$225,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$225,000	\$900	\$0	\$225,900
TOTAL				1	\$522,400	\$2,100	\$0	\$524,500



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

Floridablanca, 20 de septiembre de 2025

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:

NUIP - NIP	1097147628	María José Carvajal Ferreira	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,

Diego René Carvajal Hernández

CC 1102363772



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP

1097147628

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60693518

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☒

Número 07

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

Q 5 E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido

CARVAJAL

Segundo Apellido

FERREIRA

Nombre(s)

MARIA JOSE *****

Fecha de nacimiento

Año

2019

Mes

DIC

Día

10

Sexo (en letras)

Femenino

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

15620718-7

Datos de la 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

FERREIRA PARRA ELENDEY TATIANA

Documento de identificación (Clase y número)

CC NRO. 1.102.370.779

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CARVAJAL HERNANDEZ DIEGO RENE

Documento de identificación (Clase y número)

CC NRO. 1.102.363.772

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CARVAJAL HERNANDEZ DIEGO RENE

Documento de identificación (Clase y número)

CC NRO. 1.102.363.772

Firma

Diego Carvajal Herz

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

2019

Mes

DIC

Día

10

Nombre y firma del funcionario que autoriza

HECTOR ELIAS ARIZA VELASCO
NOTARIO SEPTIMO CIRCULO DE BUCARAMANGA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

MJCB



16 DIC 2019

THOMAS GREG & SONS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO