

<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 DISTRITO CAPITAL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11				
			Código Centro		940510				
			Fecha Elaboración		Noviembre de 2025				
			Versión		ENERO - 2.25				
			ID de Proceso		49239-293565				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		YULI VIVIANA PAEZ CALDERON		Banco a consignar:		BANCO DE BOGOTA			
Cédula de Ciudadanía		53.122.780		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		yvpaezc@sena.edu.co		Número de Cuenta:		802365387			
IP/Nº de contacto:		12165		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		NO			
¿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									
Nº del contrato:		7484663/2025		Nº Compromiso SIIF	41525	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestación de servicios profesionales de carácter temporal, con autonomía técnica, administrativa, financiera y tecnológica, para dar cumplimiento a los procesos de formación complementaria, en la modalidad presencial, de conformidad con los lineamientos establecidos para							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/11/2025		Al		30/11/2025			
Número de pago		10		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 8.125.801			
Valor Bruto Pago:		\$ 4.599.510,00		Valor Total del Contrato:		\$ 48.141.538			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 3.526.291			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 4.599.510		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		\$ 4.599.510		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.704.459		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a título de RENTA		2.704.459,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		91274358		Base retención en la fuente a título de ICA		4.075.110,00	
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 - 8299 - BOGOTÁ		39.366,00	0,966%
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		\$ -						0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -						0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -						0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 459.951						0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -				0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 36.062.775		\$ 901.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 7.829.000							
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$4.560.144,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
1.obli.Recoleccion de informacion de las fichas asignadas para planificar las sesiones de formacion FICHA DE APRENDIZAJE 3388056									
SOLUCION DE CONFLICTOS LABORALES 0 • COMPETENCIA DE APRENDIZAJE:ELABORAR PROPUESTA DE SOLUCIÓN CON BASE EN METODOLOGÍAS Y PROCEDIMIEN-									
TO HORAS DEDICADAS EN LA FICHA : 28,00 FICHA DE APRENDIZAJE: 3388049 MENTALIDAD EMPRESARIAL E IDEAS DE NEGOCIO COMPETENCIA DE APREN-									
DIZAJE COORDINAR PROYECTOS DE ACUERDO CON LOS PLANES Y PROGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA HORAS DEDICADAS EN LA FICHA : 35,00									
FICHA DE APRENDIZAJE: 3381040 MENTALIDAD EMPRESARIAL E IDEAS DE NEGOCIO COMPETENCIA DE APRENDIZAJE COORDINAR PROYECTOS DE ACUERDO CON									
LOS PLANES Y PROGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA HORAS DEDICADAS EN LA FICHA : 35,00 8.0BLIG ES registran las novedades y juicios									
juicios evaluativos de las asignadas para las formaciones ficha de formacion 3365349 - HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTO FICHA APREN									
DIZAJE 3365357 - HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS. FICHA DE APRENDIZAJE 3365347 - HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS.									
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									
YULI VIVIANA PAEZ CALDERON EL CONTRATISTA									
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO									
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 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.									
Autorizo el presente pago. El Supervisor,									
DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS INSTRUCTOR G16									
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 JORGE ORLANDO VALLEJO SUAREZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)									

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	53122780	YULI VIVIANA PAEZ CALDERON		CARRERA 91 127-20	5369492	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91274358	TOTAL A PAGAR \$545.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.700				9.700	0	0	9.700			97	9.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.100	0	0	11.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	9.700	9.700
CCF	1	11.100	11.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	545.200	545.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53122780	YULI VIVIANA PAEZ CALDERON		CARRERA 91 127-20	5369492	yvpaezc@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	18/11/2025	91274358	10
					TOTAL A PAGAR
					\$545.200

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53122780	PAEZ CALDERON YULI VIVIANA	59	0			N																		25-14	1.839.804	294.400	0	0	0	0	EPS010	1.839.804	230.000	14-23	1.839.804	1	9.700	CCF24	1.839.804	11.100	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIONDEPENDIENTESPARACONTRATISTAS

Bogotá 30 deNOVEIMEBRE 2025

Señores

SERVICIONACIONALDEAPREDIZAJE(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.

Bajolagravedaddeljuramento,enmicalidaddecontratistadeprestacióndeserviciospersonales yencumplimiento delo previsto porelparágrafosegundo delartículo387delEstatuto 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.	1092344201	JUANCAMILOPULIDOPAEZ	HIJO
RC	1031862242	LIAMJACOBOPAEZCALDERON	HIJO

Todavezquecumpleconelsiguienterequisito:

- Elijaunelemento.

Solicito setomenotadela situación dedependencia que informoenlapresentecomunicación, para efectodelbeneficiodededucible delabasegravablesujetaaretención enlafuente del10% demis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.



I gualmente, conmi firmadeclaro: queNINGUNAPERSONAhasolicitado disminucióndesubase gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: YULI VIVIANA PAEZ CALDERON

 C.C. 53122780



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

62448722

NUIP

1031862242

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☒

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

A

X

H

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 59 BOGOTA DC * * * * *

Datos del Inscrito

Primer Apellido

PAEZ

Segundo Apellido

CALDERON

Nombre(s)

LIAM JACOBO

Fecha de nacimiento

Año

2024

Mes

ABR

Día

27

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *

Número certificado de nacido vivo

24042810950583 * *

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

PAEZ CALDERON YULI VIVIANA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 53122780

COLOMBIA * * * * *

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

* * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

SIN INFORMACIÓN

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PAEZ CALDERON YULI VIVIANA

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC No. 53122780

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

2024

Mes

MAY

Día

08

Nombre y firma del funcionario que autoriza

OLGA MARIA VASQUEZ MORENO

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ACTA COMPLEMENTARIA-2026;08/05/2024

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

OLGA MARIA VASQUEZ MORENO
Notaria 59 Bogotá DC
Cadastral

NUIP	1092344201
------	------------

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

36928150

Detos de la oficina de registro - Clase de oficina									
Registraduría ☐	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulto ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código			

REGISTRADURIA MUNICIPIO DE VILLA DEL ROSARIO COLOMBIA NORTE DE SANTANDER

Datos del inscrito	
Primer Apellido	Segundo Apellido
PULIDOXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	PAEZXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

JUAN CAMILO XXX XXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXX											
Fecha de nacimiento				MASCULINO				SEXO		ESTADO CIVIL	
Año	2	0	0	7	Mes	12	Día	03	MASCULINO	XXX XXX	+XX XXXX

COLOMBIA NORTE DE SANTANDER CUCUTA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O NACIDO VIVO XXXXXXXXXXXXXXXX	Número certificado de nacido vivo
---	-----------------------------------

Datos de la madre		Apellidos y nombres completos	
PAEZ CALDERON YULI VIVIANA		XXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXX XXXXXXX XXX	
MUNICIPIO DE IDENTIFICACION (CIUDAD Y DEPARTAMENTO)		CANTIDAD	
CEDULA DE CIUDADANIA 0053122780 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		COLOMBIA XXXXXXXXXXXXXXX	

[illegible]

Datos del declarante		Apellidos y nombres completos	
PULIDO CORTES CHRISTIAN CAMILO		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Documento de identificación (Clase y número)		Firma	
CEDULA DE CIUDADANIA 0080737465 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha de inscripción				Nombre y firma del funcionario que autoriza	
Año	2008	Mes	E N R	Día	0 2
				 CARLOS ANDRÉS CASTILLO PARÍS Mombasa y Brera	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.092.344.201**

PULIDO PAEZ

APELLIDOS

JUAN CAMILO

NOMBRES

Juan Pulido

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **03-DIC-2007**

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

03-DIC-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G S RH

M
SEXO

26-ENE-2016 VILLA ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GABRIEL VARGAS



P-2510000-00787168-M-1092344201-20160211 0048291783A 1 6973766741