



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 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	75738-593131

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CHARLY MICHEL JIMENEZ VARGAS	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.070.616.655	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	charly12brs@gmail.com	Número de Cuenta:	488406853223
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?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7512327/2025	Nº Compromiso SIIF	44425	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 formativos dirigidos a los aprendices en las competencias técnicas vinculadas a la red de conocimiento de Informática,				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 8.125.801
Número de pago	10			Valor Total del Contrato:	\$ 48.141.538
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.510,00			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	Retención 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 RETENCIÓN 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		
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	9492363903	Base retención en la fuente a título de ICA	2.704.459,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de IVA	4.075.110,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 230.000	\$ 230.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 294.400	\$ 294.400	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	\$ 9.700	\$ 9.700	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	39.366,00	0,966%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	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	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 901.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 7.829.000	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	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 Se imparte formación al grupo con numero de ficha 2922190 en Desarrollo de Aplicaciones Web en Python
- 2 Se imparte formación al grupo con numero de ficha 2922190 en Testing
- 3 Se imparte formación al grupo con numero de ficha 2922197 en Desarrollo de Aplicaciones Web en Python
- 4 Se imparte formación al grupo con numero de ficha 2922197 en Testing
- 5 Se imparte formación al grupo con numero de ficha 3230493 en Desarrollo Web I
- 6 Se participa en sesiones para los instructores de cursos de desarrollo de habilidades.

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

CHARLY MICHEL JIMENEZ VARGAS
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,

JIMMY LEONARDO VELANDIA DAZA
INSTRUCTOR G18

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 GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070616655		JIMENEZ VARGAS CHARLY MICHEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 13 19 35 centenario	GIRARDOT-CUNDINAMARCA	3104778284	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1918092098	9492363903	I	2025/11/14	2025/11/10	BANCO DAVIVIENDA	0	\$742,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,394,000	\$383,100			\$2,394,000	\$299,300			\$2,394,000	\$47,900			\$2,394,000	\$12,500		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,394,000	\$383,100			\$2,394,000	\$299,300			\$2,394,000	\$47,900			\$2,394,000	\$12,500		\$0	\$0
Ciudad: GIRARDOT Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$2,394,000	\$383,100			\$2,394,000	\$299,300			\$2,394,000	\$47,900			\$2,394,000	\$12,500		\$0	\$0
1	CC 1070616655	JIMENEZ CHARLY	230301	30	\$2,394,000	\$383,100	EPS017	30	\$2,394,000	\$299,300	CCF24	30	\$2,394,000	\$47,900	14-11	30	\$2,394,000	\$12,500	30	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$2,394,000	\$383,100			\$2,394,000	\$299,300			\$2,394,000	\$47,900			\$2,394,000	\$12,500		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070616655		JIMENEZ VARGAS CHARLY MICHEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 13 19 35 centenario	GIRARDOT-CUNDINAMARCA	3104778284	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1918092098	9492363903	I	2025/11/14	2025/11/10	BANCO DAVIVIENDA	0	\$742,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$383,100	\$0	\$0	\$383,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$383,100	\$0	\$0	\$383,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$12,500	\$0	\$0	\$12,500	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$12,500	\$0	\$0	\$12,500	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$47,900	\$0	\$0	\$47,900	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$47,900	\$0	\$0	\$47,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$299,300	\$0	\$0	\$299,300	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$299,300	\$0	\$0	\$299,300	
TOTAL				1	\$742,800	\$0	\$0	\$742,800	

Ciudad, noviembre/2025

Señores

Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)

Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano (para las Regionales)

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Ciudad Bogotá

Asunto: Solicitud deducible retención en
fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Amy Lina Jimenez Cardenas	Registro civil 1070628888	Calidad del Dependiente 1. Hijos menores 18 años Hija .

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

Charly Michel Jimenez Vargas
CC.1070616655

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento X
- Certificado de estudios.
- Certificado contador público.
- Certificado medicina legal.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, noviembre 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:

T.I.	1070628888	Amy Lina Jimenez Cardenas	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: __ Charly Michel Jimenez Vargas _____

C.C. __ 1070616655 _____



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

CERTIFICADO DEPENDIENTES

Bogotá-noviembre 2025

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

La Ciudad de Bogotá

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el párrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el párrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene la calidad de dependiente a mi cargo:

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO	NOMBRE	PARENTESCO
Registro civil	1070628888	Amy Lina Jimenez Cardenas	Hija

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: Charly Michel Jimenez Vargas

Documento: 1070616655

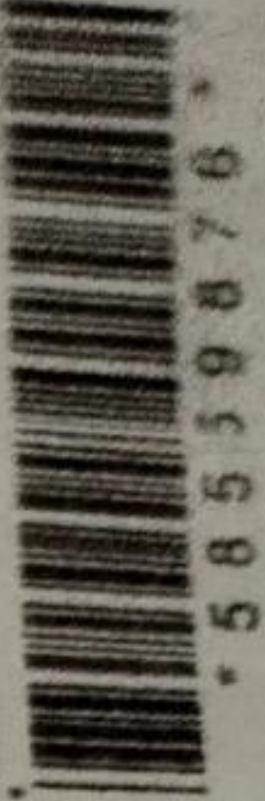


REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58559876

NUIP 1.070.628.889



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaria Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código J 4 M

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

REGISTRADURIA DE GIRARDOT - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT

DATOS DEL INSCRITO

Primer Apellido Segundo Apellido

JIMENEZ CARDENAS

Nombre(s)

AMY LINA

Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH

AÑO 2018 Mes JUN Día 03 ELEMENTANO C POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO 14754783-5

Datos de la madre o padre (Para casos de pueros indígenas con línea matrilínea, o pueros del mismo sexo, o pueros en procreación que impliquen la declaración de un puero del mismo sexo)

Apellidos y nombres completos

CARDENAS AMAYA JENIFER PAOLA

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

CC 1.070.614.215 COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueros indígenas con línea matrilínea, o pueros del mismo sexo, o pueros en procreación que impliquen la declaración de un puero del mismo sexo)

Apellidos y nombres completos

JIMENEZ VARGAS CHARLY MICHEL

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

CC 1.070.616.655 COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JIMENEZ VARGAS CHARLY MICHEL

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

CC 1.070.616.655 COLOMBIA

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

Firma

Fecha de inscripción Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año 2018 Mes JUN Día 25 CLARA ANA GONZALEZ GONZALEZ - REGIS

Nombre y firma

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

Firma Nombre y firma

25 JUN 2018 - LIBRO DE VARIOS ESPACIO PARA NOTAS TOMO 49 FOLIO 0044

Firma

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO