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

DESPACHO DIRECCION

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**101000**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**03550-587688**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OSCAR BERNAL	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	80.110.448	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	osbernal@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	057047587000613
IP/Nº de contacto:	0000	**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:	9145240/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**16226**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	ORIENTADOR OCUPACIONAL APE - Prestar los servicios profesionales de carácter temporal para contribuir en el desarrollo de las acciones de orientación y el fortalecimiento de las estrategias para la atención de				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/02/2026**	**Al**	**28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 48.048.000
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.795.200
Valor Bruto Pago:			**$ 4.368.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 43.680.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.368.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.368.000**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.566.900**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1079790263**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 1.750.905
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 218.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 280.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.200	$ 9.200
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 436.800	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$41.375.460	$ 856.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 266.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.566.900,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.868.900,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	37.374,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.330.626,00**	

SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se generó orientación a 84 usuarios desde el aplicativo en punto de atención APE.

Se llevó a cabo orientación a 84 personas de manera presencial en punto APE. Adicional se generó orientación individual a usuarios vía

Se ejecutaron 11 entrenamientos por solicitud de empresas, aliados estratégicos y aprendices SENA.

Se brindo atención a buscadores de empleo que asistieron de manera presencial a la APE

Se realiza cargue de las diferentes acciones y o solicitudes en plataforma.

Se brinda orientación en relación a las diferentes estrategias para la búsqueda de empleo de manera oportuna y el respectivo cargue en

Se generó atención a la solicitud requerida por la oferente, con el adjunto de documento solicitado.

Se diligenció evidencia mediante drive y aplicativo de cada actividad realizada durante el mes.

Se registró en aplicativo APE las solicitudes de los usuarios atendidos, con envíos directos y demás orientación.

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

OSCAR BERNAL
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,

JORGE ALEXANDER CAÑON CASTAÑO
PROFESIONAL G03

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
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
DIRECTOR REGIONAL DISTRITO (E)

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-24, 02:59:16 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079790263

Periodo Cotización: enero de 2026 **Periodo Servicio:** enero de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8823913343

PAGADO 24/02/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR BERNAL		
Documento	CC80110448	**Dirección**	CL 12 #16 - 12
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115206780
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																					Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80110448	OSCAR BERNAL	59	00	X																0	15	15	15	0	(231001) COLFONDOS	$ 875.453	$ 140.100	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 875.453	$ 109.500	0,522	$ 875.453	$ 4.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 875.453	$ 875.453	$ 875.453	$ 0	$ 140.100	$ 109.500	$ 4.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.200	$ 2.300	$ 256.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

FORMATOCERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 28 de febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
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 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:

TI	**1034664775**	**OSCARJAVIERBERNALBARBOSA**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple conel siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

Oscar Bernal

OSCAR BERNAL
C.C. 80110448

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1034664775

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43503103

43503103

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [49] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [AZF]

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

COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTA D.C. — NOTARIA 49

Datos del inscrito

Primer Apellido: BERNAL | Segundo Apellido: BARBOSA

Nombre(s): OSCAR JAVIER

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes AGO Día 30 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA — CUNDINAMARCA — BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 52188693-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BARBOSA GONZALEZ LUDY GERALDINE

Documento de identificación (Clase y número): T.I. No. 920804-53258 DE BOGOTA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BERNAL OSCAR

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 80.110.448 DE BOGOTA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BERNAL OSCAR

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 80.110.448 DE BOGOTA

Firma: Oscar Bernal

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

día 30 Mes SEP Año 2009

Nombre y firma del funcionario que autoriza: CARLOS ALBERTO RAMIREZ PARDO (E.)

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Oscar Bernal
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: CARLOS ALBERTO RAMIREZ PARDO (E.)

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTADO AL LIBRO DE VARIOS TOMO 106 FOLIO 164

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA 49
CIRCULO DE BOGOTA

MYRIAM RAMOS DE SAAVEDRA
NOTARIA 49

Hace constar que la presente copia es autentica. Fue tomada se su original que reposa en el archivo de Registro Civil de **NACIMIENTOS** y se expide conforme al Articulo 114 del Decreto Ley 1260 de 1970. A solicitud del Interesado.

Bogotá D.C. 24 AGO 2011

NOTARIA 49 DE BOGOTÁ D.C.
MYRIAM RAMOS DE SAAVEDRA
NOTARIA 49