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	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**23948-086475**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JACKELINE BUTRON GOMEZ	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	52.703.266	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jbutron@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24054285277
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 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:	9006706/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**13326**	**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	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 43.680.000
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.795.200
Valor Bruto Pago:			**$ 4.368.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 39.312.000

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

		Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9498749895**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.566.900,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 1.750.905	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.868.900,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 218.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 280.200	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 I		$ 9.200	$ 9.200	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	37.374,00	0,966%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	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		$ 436.800		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 41.375.460	$ 856.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.122.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**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

Atención a usuarios de la Agencia Pública de Empleo de manera presencial y virtual, mediante el aplicativo APE.

Para el presente mes no se aplicó prueba psicotécnicade personalidad e intereses ocupacionales; según requisiciones.

Se efectúa orientación ocupacional según solicitud de buscadores de empleo; apoyando en la construcción y/o actualización.

Atención y respuesta a usuarios de la Agencia Pública de Empleo, que empleandiferentes canales.

Asistencia a feria Tecnológica. Se efectúan los envíos directos a las solicitudes según los perfiles publicados.

Envió de reporte semanal inscripción de usuarios nuevos.

Se realiza actualización y emisión de Certificados APE.

Atención semanal en APE alosusuarios interesados en procesos SENA.

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

JACKELINE BUTRON GOMEZ
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,

MARIA DEL PILAR CAMPOS MARTINEZ
PROFESIONAL G02

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)

16/03/26 08:44:06 USUARIO: SIC - C.C. 52703266

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52703266		BUTRON GOMEZ JACKELINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 82 A # 82 A -11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4308367	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	104412051	9498749895	I	2026/03/16	2026/03/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	$621,400

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 (2 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$324,000			$0	$0			$1,800,000	$9,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (2 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$324,000			$0	$0			$1,800,000	$9,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)					$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$324,000			$0	$0			$1,800,000	$9,400		$0	$0
1	CC	52703266	BUTRON JACKELINE	230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS010	30	$1,800,000	$225,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,800,000	$9,400	0	$0	$0
2	CC	1007401102	ZAPATA ANDRES		0	$0	$0	EPS010	30	$0	$99,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(2)**				$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$324,000			$0	$0			$1,800,000	$9,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52703266		BUTRON GOMEZ JACKELINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 82 A # 82 A -11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4308367	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	104412051	9498749895	I	2026/03/16	2026/03/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	$621,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$0	$0	$288,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$288,000	$0	$0	$288,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$0	$9,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$0	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$324,000	$0	$0	$324,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$324,000	$0	$0	$324,000
TOTAL				**1**	**$621,400**	**$0**	**$0**	**$621,400**

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 de marzo de 2026

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.	**1028724880**	**Santiago Suarez Butrón**	**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: Jackeline Butrón Gómez
C.C. 52703266 de Bogotá D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 54848233

NUIP: 1.028.724.880

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría: X | Notaría: | Número: | Consulado: | Corregimiento: | Inspección de Policía: | Código: A C L

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

REGISTRADURIA DE BARRIOS UNIDOS HOSP INFANTIL SAN JOSE - COLOMBIA -

Datos del inscrito

Primer Apellido: SUAREZ | Segundo Apellido: BUTRON

Nombre(s): SANTIAGO

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes ABR Día 03 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: B | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/c Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento que sustenta o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DS NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 12636943-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BUTRON GOMEZ JACKELINE

Documento de Identificación (Clase y número): CC 52.703.266 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SUAREZ GIOVANNY ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número): CC 79.719.323 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SUAREZ GIOVANNY ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número): CC 79.719.323 | Firma: Giovanny Alexander Suarez

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 2014 Mes ABR Día 30

Nombre y firma del funcionario que autoriza: LEONEL TORRES NAVAS REGISTRADOR

Nombre y firma

Reconocimiento paterno: Giovanny Alexander Suarez Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

30.ABR.2014 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 25 FOLIO 0076.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA, SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, ARTICULO 155 DECRETO LEY 1260 DE 1970; TIENE VIGENCIA PERMANTE ART. 2 DECRETO 2189 de 1983, SE OMITE SELLO SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 21995

PARENTESCO

FECHA DE EXPEDICIÓN

02 MAYO 2014

LEONEL TORRES NAVAS
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL BARRIOS UNIDOS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -