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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	920910
Fecha Elaboración	Marzo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	54590-121244

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NATALIA BULLA JARAMILLO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.110.512.830	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	nbulla0@misena.edu.co	Número de Cuenta:	06846195317
IP/Nº de contacto:	3184152941	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	SI

¿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	SI
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:	Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9131382/2026	Nº Compromiso SIIF	15826	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA EJECUCION DE LA FORMACIÃ³N PROFESIONAL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/03/2026	Al	31/03/2026	Saldo Anterior del Contrato:	$ 38.531.642
Número de pago	2			Valor Total del Contrato:	$ 43.111.222
Valor Bruto Pago:	$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	$ 33.794.145

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Honorarios profesionales a persona declarante de re	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 4.737.497		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.785.747	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		----------	9500611563	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.831.832	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 229.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 293.100	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		$ 9.900	$ 9.600	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	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		$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 34.479.550	$ 928.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 897.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		VALOR A PAGAR	$4.696.950,00	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 1" FICHA 3415806
ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 1" FICHA 3415810
ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 1" FICHA 3415811
ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 1" FICHA 3415812
ALISTAMIENTO, ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 5" FICHA 3439142
ALISTAMIENTO, ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 5" FICHA 3439143
ALISTAMIENTO, ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 5" FICHA 3439144
ALISTAMIENTO, ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 5" FICHA 3439145

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

NATALIA BULLA JARAMILLO
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,

ALBA LUCIA OLMOS TRUJILLO
INSTRUCTOR

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
IRMA VICTORIA DEL PILAR HOYOS RODRIGUEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

12/03/26 10:31:22 USUARIO: SIC - C.C. 1110512830

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110512830		BULLA JARAMILLO NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	ESTANCIA DEL VERGEL CASA 59	IBAGUE-TOLIMA	2176487	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	96397241	9500611563	I	2026/03/09	2026/02/27	BANCOLOMBIA	0	$1,044,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$3,600,000	$576,000			$3,600,000	$450,000			$0	$0			$3,600,000		$18,800		$0	$0		$1,044,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$3,600,000	$576,000			$3,600,000	$450,000			$0	$0			$3,600,000		$18,800		$0	$0		$1,044,800
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)																					$3,600,000	$576,000			$3,600,000	$450,000			$0	$0			$3,600,000		$18,800		$0	$0		$1,044,800
1	CC	1110512830 BULLA NATALIA																		23020 1	30	$3,600,000	$576,000	EPS005	30	$3,600,000	$450,000		0	$0	$0	14-23	30	$3,600,000	0.522%	$18,800	0	$0	$0	No	$1,044,800
Total	**Afiliados(1)**																					$3,600,000	$576,000			$3,600,000	$450,000			$0	$0			$3,600,000		$18,800		$0	$0		$1,044,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$576,000	$0	$0	$576,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$576,000	$0	$0	$576,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,800	$0	$0	$18,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,800	$0	$0	$18,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$450,000	$0	$0	$450,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$450,000	$0	$0	$450,000
TOTAL				**1**	**$1,044,800**	**$0**	**$0**	**$1,044,800**

Outlook

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 96397241

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Fecha Vie 27/02/2026 3:51 PM
Para natikmaja@hotmail.com <natikmaja@hotmail.com>

¡Hola, NATALIA BULLA JARAMILLO!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 1.044.800

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9500611563

Fecha de la transacción: 27/02/2026

CUS: 96397241

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 12 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:

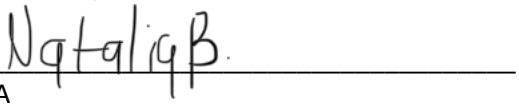
T.I.	1104956327	Juan Guillermo Arbelaez Bulla	**HIJO**
R.C	1105479907	Mateo Arbelaez Bulla	**HIJO**

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: Natalia Bulla Jaramillo

C.C. 1.110.512.830

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 62456278

NUIP 1105479907

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 9 5 60

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARBELAEZ	BULLA

Nombre(s)

MATEO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAY Día 19	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	23054310474413

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

BULLA JARAMILLO NATALIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1110512830	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

ARBELAEZ OSORIO JUAN MANUEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1110523536	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARBELAEZ OSORIO JUAN MANUEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1110523536	

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA TERCERA
Ibagué
BLADIMIRO MOLINA VERGEL

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2023 Mes MAY Día 25	BLADIMIRO MOLINA VERGEL Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Cadena s.a.

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ TI
1.104.956.327

APELLIDOS / NOMBRES
ARBELAEZ BULLA
JUAN GUILLERMO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
20-OCT-2017
IBAGUE - TOLIMA

FECHA DE EXPEDICIÓN
30-OCT-2024

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
IBAGUE - AUXILIAR DE IBAGUE

OFICINA DE ENTREGA
IBAGUE - AUXILIAR DE IBAGUE

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 30-ABR-2025

8513404537
30-OCT-2024