

 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 CUNDINAMARCA CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	25		
			Código Centro	951310		
			Fecha Elaboración	Marzo de 2026		
			Versión	ENERO - 1,26		
			ID de Proceso	70872-172168		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: LUZ STELLA LIZARAZO CACERES		Banco a consignar: BANCOLOMBIA				
Cédula de Ciudadanía: 52.361.811		Tipo de cuenta: AHORROS				
Correo electrónico: llizarazoc@sena.edu.co		Número de Cuenta: 26276909052				
IP/Nº de contacto: 3105886077		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		SI		
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600						
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)						
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?						
Concepto del pago corresponde a: Ninguno						
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%						
DATOS DEL CONTRATO						
Nº del contrato: 8920370/2026		Nº Compromiso SIIF 4426		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS QUE CONFORMAN LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA, EN LAS DIFERENTES				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del 01/03/2026 Al 31/03/2026		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 44.532.472		
Número de pago 2		Valor Total del Contrato:		\$ 48.796.219		
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 39.794.975		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios \$ 4.737.497		Ninguno		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 \$ 2.777.847		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Marzo	Febrero	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.777.847,00	TARIFA	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	6010337666	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.197.397,00		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999	\$ 1.750.905	Valor base IVA 0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900	\$ 218.900	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200	\$ 280.200	Menos Retención en la Fuente 0,00	0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00	15%	
ARL II		\$ 19.800	\$ 18.300	Reteica - 8299 - CHIA 33.579,00	0,800%	
		\$		-	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% \$37.927.505		\$ 926.000				
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 830.000						
Retención en la Fuente Contingente \$				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00		
				VALOR A PAGAR	\$4.703.918,00	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Realizar seguimiento etapa productiva a las fichas asignadas, verificación de formatos F 023 y Bitácoras, Evaluación Etapa Productiva						
FICHA 3173876 - MECANICA DE MAQUINARIA INDUSTRIAL						
FICHA 2875294 MANTENIMIENTO ELECTROMECHANICO INDUSTRIAL						
FICHA 3142080 ASISTENCIA EN ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS						
FICHA 3272896 - TRATAMIENTO DE AGUA						
TOTAL DE HORAS ACADEMICAS 160						
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						
 LUZ STELLA LIZARAZO CACERES 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 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,  JAIRO ENRIQUE GARCIA PINEROS 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 GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52361811
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUZ STELLA LIZARAZO CACERES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIA DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 2 # 30-61	TELÉFONO: 2724730
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6010337666	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	1	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 115174388

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 280.400
SUBTOTAL:			1	\$ 280.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 219.100
SUBTOTAL:			1	\$ 219.100
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600073361	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	\$ 35.200
SUBTOTAL:			1	\$ 35.200
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 18.400
SUBTOTAL:			1	\$ 18.400

VALOR SIN MORA:	\$ 552.500
VALOR MORA:	\$ 600
TOTAL PAGADO:	\$ 553.100



PROCESO			
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS			
NOMBRE DEL FORMATO			
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS			
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN			
Pública	☒	Pública Clasificada ☐	Pública Reservada ☐

Junio 2025

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 13 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 párrafo 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.	1052845385	SARAH LUZ CARRASCAL LIZARAZO	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: LUZ STELLA LIZARAZO CACERES
C.C. 52316811 Bogotá

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO
REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP	1052845385
------	------------

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

55521654

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina								DX
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	1 4 7 1	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía								
COLOMBIA BOYACA DUITAMA								

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
CARRASCAL		LIZARAZO	
Nombre(s)			
SARAH LUZ			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	Mes	Día	Factor RH
2 0 1 5	0 8	2 4 FEMENINO	0 NEGATIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA BOYACA DUITAMA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.	52672439-6

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
LIZARAZO CACERES LUZ STELLA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. DE C. 52.361.811 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
CARRASCAL ILLERA GERMAN ALONSO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. DE C. 72.238.506 DE BARRANQUILLA	COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
LIZARAZO CACERES LUZ STELLA	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C. DE C. 52.361.811 DE BOGOTA D.C.	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 1 5 Mes S E P Día 0 2	REYNEIRO HERNANDO FLECHAS DIAZ

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario que hace el reconocimiento
GERMAN CARRASCAL	REYNEIRO HERNANDO FLECHAS DIAZ

ESPACIO PARA NOTAS	
SE INSCRIBE AL LIBRO DE VARIOS TOMO 65 FOLIO 0000056	
REYNEIRO HERNANDO FLECHAS DIAZ	



55521654

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -