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 NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940610**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**11726-834051**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LILIANA QUIMBAYA AMORTEGUI	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.018.462.299	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lquimbaya9@soy.sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	91290790196
IP/Nº de contacto:		**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:	9229155/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**22526**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Contratar la prestación de servicios como Instructor de Formación Profesional Integral para el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), con el fin de planear, ejecutar y evaluar actividades de enseñanza y aprendizaje en el marco de los programas de formación profesional titulada y complementaria del Centro Nacional de Hotelería, Turismo y Alimentos, en sus sedes y subsedes.

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:**	$ 49.112.052
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
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1080047032**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.831.832
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 229.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 293.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 19.800	$ 19.200
		$	
		$	
		$	
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		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 926.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 895.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.777.847,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
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	40.547,00	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	**$4.696.950,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ENCUENTROS CON EL EQUIPO EJECECUTOR DE LA FORMACION DEL TECNOLOGO EN GUIANZA TURISTICA LOS DIAS MARTES 03, 10,14,24 Y 31 DE MARZO 2026

ENCUENTROS CON APRENDICES DEL PROGRAMA TGO EN GUIANZA TURISTICA LOS DIAS 06,07, 08, 13,14,15,20,21,22,27,28 Y 29 DE MARZO 2026

ORIENTAR EL PROGRAMA DE FORMACION TGO, EN GUIANZA TURISTICA MODALIDAD A DISTANCIA A LAS FICHAS 3409190, 3387509,3168949, 3168954

EVALUÉ RECORRIDOS FINALES DEL TÉCNOLOGO EN GUIANZA TURÍSTICA LOS DÍAS 20, 22 Y 25 DE MARZO

PLANILLA (operada por PAGOSIMPLE) CTO. 9229155

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

LILIANA QUIMBAYA AMORTEGUI
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,

EDWIN ALBERTO PEÑA TRIVIÑO
INSTRUCTOR G17

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
JULIO ALEJANDRO SANABRIA VARGAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

13/03/26 15:05:44 USUARIO: SIC - C.C. 1018462299

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-05, 02:04:10 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1080047032

Periodo Cotización: febrero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026

PAGADO 05/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PERSONA NATURAL		
Documento	CC1018462299	**Dirección**	CL 24A ESTE #6 - 38
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3232313477
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
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 APP	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 1018462299	LILIANA QUIMBAYA AMORTEGUI	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.831.832	$ 293.100	(ESSC24) EPS-S COOSALUD	$ 1.831.832	$ 229.000	1,044	$ 1.831.832	$ 19.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.300

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
$ 1.831.832	$ 1.831.832	$ 1.831.832	$ 0	$ 293.100	$ 229.000	$ 19.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.300	$ 0	$ 541.300

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.

Bancolombia

Comprobante en línea

5 Mar 2026 14:01:21

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 115875246

Comercio
SIMPLE OI

Referencia 1
172.29.10.57

Fecha
5 Mar 2026 14:01:21

Referencia 2
CC

Número de factura
1080047032

Referencia 3
1018462299

Descripción del pago
Pago de Seguridad Social

Valor del Pago
$541.300

Número de comprobante
TR1400205246

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 0196**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 31 de marzo 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	**1019608907**	**Daniel Francisco Sanchez Quimbaya**	**Hijo(a)**

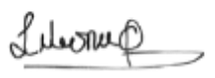
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



LILIANA QUIMBAYA AMORTEGUI
C.C. 1018462299

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1019608967

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55474557

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número [2] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 45 C

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	QUIMBAYA

Nombre(s)

DANIEL FRANCISCO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes NOV Día 05	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	1385341-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

QUIMBAYA AMORTEGUI LILIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1018462299 de BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ GUERRERO GONZALO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80728428 de BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ GUERRERO GONZALO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 80728428 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

Año 2016 Mes NOV Día 08

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MARIA JIMENA HERNANDEZ QUINTERO

Nombre y firma del funcionario ante quien se efectúa el reconocimiento

MARIA JIMENA HERNANDEZ QUINTERO

Reconocimiento paterno

NOTARIA SEXTA DE BOGOTA D.C.
ESTE ES COPIA DE SU ORIGINAL SE EXPIDE
PARA [illegible]
DEC. 1260 DE 1970 ART. 105 DEC. 2158
BOGOTA D.C. 08 NOV. 2016
TOMO FOLIO
ESTA COPIA TIENE VALIDEZ EQUIVALENTE
NOTARIO SEXTO ENCARGADO DE BOGOTA

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -