

 <b>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)</b>		Código Regional	68
<b>REGIONAL SANTANDER</b> <b>DESPACHO DIRECCION</b>		Código Centro	101068
<b>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</b>		Fecha Elaboración	17 de Marzo de 2026
		Versión	ENERO - 1,26
		ID de Proceso	93071-315467
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>			
Nombres y apellidos:	MAYERLY FLOREZ DAZA	Banco a consignar:	BANCO FALABELLA
Cédula de Ciudadanía	63.552.815	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	mflorezd@sena.edu.co	Número de Cuenta:	116020430137
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	
<b>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.</b>		0,00%	
<b>DATOS DEL CONTRATO</b>			
Nº del contrato:	9033169/2026	Nº Compromiso SIIF	6526
		Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST: SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA APOYAR LOS PROCESOS DE ORIENTACIÓN OCUPACIONAL E INTERMEDIACIÓN LABORAL DIRIGIDOS A BUSCADORES DE EMPLEO, POBLACIÓN VICTIMA Y VULNERABLE PL 340 DIAS VR MES \$4.368.000		
<b>DATOS PERIODO DEL PAGO</b>			
Del	01/03/2026	Al	31/03/2026
Número de pago	3	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 43.680.000
Valor Bruto Pago:	\$ 4.368.000,00	Valor Total del Contrato:	\$ 49.504.000
		Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 39.312.000
<b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>			
Ingresos por honorarios	\$ 4.368.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 525.863	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.893.863</b>		\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.929.377</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>
<b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>			
	<b>Marzo</b>	<b>Febrero</b>	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	9499305435	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.929.377,00 TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.394.763,00
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 V	\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%
	\$ -	\$ 0	Reteica - 8211 - BUCARAMANGA 39.553,00 0,9000%
	\$ -	\$ 0	0,00 0%
	\$ -	\$ 0	0,00 0%
	\$ -	\$ 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 0,0000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,0000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,0000%
Dependientes hasta	\$ 489.386	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,0000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Sobretasa Bomberil 3.955,00 10,0000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 976.000	0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.380.000	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	<b>VALOR A PAGAR \$4.324.492,00</b>
<b>SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE</b>			
<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>			
Se realizó orientación ocupacional e intermediación laboral a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley penal en los centros de C			
Se realizó asesoría individual y talleres grupales presenciales en proyecto de vida y aplicación prueba IPO de orientación vocacional			
Se realizó envío de seguimiento a vacantes vía correo electrónico a las diferentes empresas para la publicación en el aplicativo Ape v			
Se realizó visita a empresa en la consecución de vacantes y sensibilización en la inclusión laboral y social a PPL.			
Se realizó apoyo en orientación y logística en la feria de empleabilidad de la Mujer dentro del marco de celebración del día de la Mu			
Se realizó visita de articulación con señor director de Cárcel de Mediana Seguridad del municipio de Vélez, para la socialización de p			
Se realizó mesa de trabajo con Programa Casa Libertad Pos penado de Inpec en la articulación Interinstitucional y solicitud de ingreso			
Se realizó apoyo la publicación de vacantes y acompañamiento a empresas que requerían servicios del Sena- Ape.			
<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>			
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		 <b>MAYERLY FLOREZ DAZA</b> <b>EL CONTRATISTA</b>	
<b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>			
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;		 <b>ALBA YANETH MARTINEZ CORDERO</b> <b>PROFESIONAL G02</b>	
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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.			
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:			
<b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b> <b>JHON EDISON JIMENEZ MARTINEZ</b> <b>DIRECTOR REGIONAL A G08</b>			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante
CC 63552815		FLORES DAZA MAYERLY	INDEPENDIENTE
Dirección		CLL 21 A NO 24-14	Exonerado SENA e ICBF
Ciudad-Departamento		GIRON-SANTANDER	6164624
Teléfono			No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Clave	Fecha	Pago
2026-02	9499305435	2026/03/05	2026/03/12
Salud	Planilla	Limite	Valor
2026-02	133621320	2026/03/05	\$501,400
Banco		BANCO FALABELLA	
Dias Mora		7	

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$ 1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
Ciudad: GIRON Depto: SANTANDER ( 1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
1	CC 63552815	FLORES MAYERLY	230301	30	\$1,750,905	\$280,200		EPS002	30	\$218,900		0	\$0			0	\$0			\$0	\$0		
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		
CC 63552815		FLORES DAZA MAYERLY	INDEPENDIENTE		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION					
Sucursal Principal		Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
PRINCIPAL		CLL 21 A NO 24-14	GIRON-SANTANDER	6164624	No

Periodo	Clave		Tipo	Fecha	Pago	
	Salud	Planilla			Planilla	Valor
2026-02	133621320	9499305435	I	2026/03/05	2026/03/12	\$501,400

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,300	\$0	\$281,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$1,300	\$0	\$281,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,000	\$0	\$219,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900	\$1,000	\$0	\$219,900
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$499,100</b>	<b>\$2,300</b>	<b>\$0</b>	<b>\$501,400</b>



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bucaramanga, 17 de Marzo de 2026

Señores  
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)  
BUCARAMANGA

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:

<b>T.I.</b>	<b>1096541260</b>	<b>Michell Nathalia Hernandez Florez</b>	<b>HIJO</b>
-------------	-------------------	--	-------------

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,

Nombre: MAYERLYFLOREZ DAZA  
C.C. 63552815

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

OK 2019

OK 2017

NUIP 1096541260

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41753604

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código Q 3 V
--	---	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------------

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

COLOMBIA SANTANDER GIRON

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido		
HERNANDEZ	FLOREZ		
Nombre(s)			
MICHELL NATHALIA			
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes ENE Día 09	FEMENINO	O <sup>+</sup>	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)			
COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA			

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10315381

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	Nacionalidad
FLOREZ DAZA MAYERLY	COLOMBIANA
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C No. 63.552.815 DE BUCARAMANGA	

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	Nacionalidad
HERNANDEZ AYALA ROGER JOVANY	COLOMBIANO
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C No. 91.520.895 DE BUCARAMANGA	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	Firma
HERNANDEZ AYALA ROGER JOVANY	<i>[Firma]</i>
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C No. 91.520.895 DE BUCARAMANGA	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	Firma
Documento de identificación (Clase y número)	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	Firma
Documento de identificación (Clase y número)	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autorizó
Año 2011 Mes FEB Día 01	DRA. MARINA DIAZ DE PRADA

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 —

