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 BOYACÁ**

**CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **15** |
| **Código Centro** | **911010** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **24827-261930** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | DIANA CAROLINA MORERA PEREZ | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.049.615.062 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | dianacmorera@sena.edu.com | **Número de Cuenta:** | 0550176200051405 |
| **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:** | 9129303/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **10926** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 10 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | Contratar a través de la modalidad de contratación directa la prestación de los servicios personales de carácter temporal, para planear, orientar, ejecutar y evaluar actividades de Formación Profesional Integral en el programa de Articulación con la Media, conforme a las competencias técnicas asociadas al diseño curricular, en áreas relacionadas con AGRICOLA, aplicando las |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/03/2026 Al 31/03/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 42.637.473 |
| **Número de pago** | **2** | **Valor Total del Contrato:** | $ 47.217.053 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.737.497,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 37.899.976 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.737.497 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 3.174.903 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 7.912.400** | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 4.921.260** | **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** | | ---------- | **4646071328** | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 4.921.260,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.894.999 | $ 1.831.832 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 7.912.400,00 | |
| 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 | II | $ 19.800 | $ 19.200 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| | | $ | | Reteica - 334 - DUITAMA | 48.266,00 | 0,610% |
| | | $ | | - | 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 | | $ 791.240 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 34.479.550 | $ 1.640.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 895.000 | | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | | **VALOR A PAGAR** | **$4.689.231,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2 AL 6 DE MARZO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL I.E NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN SUSACON- IE TECNICO AGRICOLA DE BOAVITA

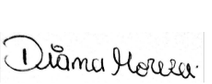
9 AL 13 DE MARZO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL I.E TECNCO AGROPECUARIO DE SANTA SOFIA- I.E TECNICA ANTONIO RICAUTE DE SANTANA

16 AL 20 DE MARZO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL I.E NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN SUSACON- IE TECNICO AGRICOLA DE BOAVITA

23 AL 27 DE MARZO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL I.E TECNCO AGROPECUARIO DE SANTA SOFIA- I.E TECNICA ANTONIO RICAUTE DE SANTANA

**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



**DIANA CAROLINA MORERA PEREZ**
**EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

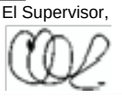
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



**CLAUDIA PATRICIA NUNEZ IZQUIERDO**
**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**
**ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

20/03/26 21:39:17 USUARIO: SIC - C.C. 1049615062

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1049615062 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DIANA CAROLINA MORERA PEREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TUNJA | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 4A # 2C 15E | TELÉFONO: | 7400000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **4646071328** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2026/03/06 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9996005654 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 293.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 293.200 | $ 0 | $ 293.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 293.200** | **$ 0** | **$ 293.200** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 229.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 229.000 | $ 0 | $ 0 | $ 229.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 229.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 229.000** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.600 | $ 9.600 | $ 0 | $ 0 | $ 9.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 9.600** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF10 | CCF10-COMFABOY | 1 | $ 36.700 | $ 0 | $ 36.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 36.700** | **$ 0** | **$ 36.700** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1049615062 | MORERA PEREZ DIANA CAROLINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.831.950 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.831.950 | $ 293.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 293.200 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.831.950 | $ 229.000 | $ 0 | $ 229.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1.831.950 | 104961506 | $ 9.600 | 30 | $ 1.831.950 | CCF10-COMFABOY | $ 36.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 568.500**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1049615062 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DIANA CAROLINA MORERA PEREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TUNJA | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 4A # 2C 15E | TELÉFONO: | 7400000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **6012414099** | TIPO DE PLANILLA: | | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 6 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/03/19 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 154567654 |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | | 4646071328 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | | 2026/03/06 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 0** | **$ 0** | **$ 0** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 0** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 0** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.600 | $ 9.600 | $ 100 | $ 0 | $ 9.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.600** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 9.700** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF10 | CCF10-COMFABOY | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 0** | **$ 0** | **$ 0** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 1049615062 | MORERA PEREZ DIANA CAROLINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.831.950 | | | | NO | | | | | | | A | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.831.950 | $ 293.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 293.200 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.831.950 | $ 229.000 | $ 0 | $ 229.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1.831.950 | 104961506 | $ 9.600 | 30 | $ 1.831.950 | CCF10-COMFABOY | $ 36.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1049615062 | MORERA PEREZ DIANA CAROLINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.831.950 | | | | NO | | | | | | | C | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.831.950 | $ 293.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 293.200 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.831.950 | $ 229.000 | $ 0 | $ 229.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 1.831.950 | 104961506 | $ 19.200 | 30 | $ 1.831.950 | CCF10-COMFABOY | $ 36.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1049615062 | MORERA PEREZ DIANA CAROLINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.831.950 | | | | NO | | | | | | | R | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 0 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 0 | $ 0 | 104961506 | $ 9.600 | 0 | $ 0 | CCF10-COMFABOY | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 9.700**

| PROCESO | | |
|---|---|---|
| GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| **NOMBRE DEL FORMATO** | | |
| FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS | | |
| **CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN** | | |
| Pública [ ] | Pública Clasificada [X] | Pública Reservada [ ] |

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Duitama, 10 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:

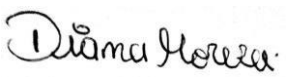
| | | | |
|---|---|---|---|
| **C.C.** | **40.028.798** | **MARIA SUSANA PEREZ FAGUA** | **MADRE** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: DIANA CAROLINA MORERA PEREZ
C.C. 1.049.615.062

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÙMERO **40.028.798**

**PEREZ FAGUA**

APELLIDOS

**MARIA SUSANA**

NOMBRES

María Susana Perez Fagua

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **10-MAY-1969**

**TUNJA**
**(BOYACA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.69** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**F** SEXO

**23-NOV-1987 TUNJA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00034501-F-0040028798-20080730 **00016**24971A 1 1400015387

**LA SUSCRITA CONTADO PUBLICA**

**CERTIFICA:**

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 5 del parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario Nacional, la señora MARIA SUSANA PEREZ FAGUA, identificada con la cédula de ciudadanía No. 40.028.798 de Tunja – Boyacá, residente en la ciudad de Bogotá D.C., es madre de la señorita DIANA CAROLINA MORERA PEREZ, identificada con la cédula de ciudadanía No 1.049.615.062 de Tunja – Boyacá.

Que en la actualidad la señora MARIA SUSANA PEREZ FAGUA no obtiene ingresos propios superiores a 260 UVT, por lo cual cumple con los criterios para figurar como dependienta de la señorita DIANA CAROLINA MORERA PEREZ.

Se expide a solicitud de la interesada a los diez (10) días del mes de febrero de dos mil veintiseis (2026) en la ciudad de Bogotá D.C.



**NANCY PIDIACHE ALFONSO**
**CONTADORA PUBLICA**
**C.C. No. 52.173.939 de Bogotá D.C.**
**T.P. No. 86.931-T**

República de Colombia

Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL

DE CONTADOR PUBLICO

86931-T



NANCY

PIDIACHE ALFONSO

C.C. 52173939

RESOLUCION INSCRIPCION 078 FECHA 18/07/2002

UNIVERSIDAD CENTRAL

DIRECTOR GENERAL

JULIO CESAR ACUÑA GONZALEZ 96240

206822

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideqs.com

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1049615062 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 10/03/2026 09:19 AM

Código Verificación: **BCUJQH37ZG**

Válida hasta: **08/06/2026**

---

## Dirección de Gobierno Digital

## MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC