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)

DIRECCIÓN GENERAL

OFICINA DE SISTEMAS

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

Código Regional	**1**
Código Centro	**101001**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**04156-734895**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GIOVANNY NIÑO SABOGAL	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	79.803.796	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	gninos@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	055045740005674 5
IP/Nº de contacto:		**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**	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:	8922993/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**58426**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST.: CPE NO. 01-9-2026-002647 -PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA GESTIÓN Y EL CONTROL DEL PROCESO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, ASEGURANDO EL SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026 Al 31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 82.400.000
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 94.760.000
Valor Bruto Pago:	**$ 8.240.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 74.160.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 8.240.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.240.000**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.844.300**	**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		----------	**68425696**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 3.296.000	$ 3.296.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 412.000	$ 412.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 527.400	$ 527.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 17.300	$ 17.300
		$	
		$	
		$	
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		$ 824.000	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 41.375.460	$ 1.615.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.478.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.844.300,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	7.300.600,00	
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	70.524,00	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	**$8.169.476,00**	

SON: OCHO MILLONES CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividad 1. Se ha atendido solicitudes de copias controladas para las actualizaciones de las versiones de los documentos.

Actividad 2: Se realiza Cargue de entregables propuestos en los planes de mejoramiento

Actividad 3. Mesas de trabajo para el Diligenciamiento del FURAG 2025, Actualización Caracterización del Proceso, Asignación de delega Diligenciamiento Análisis de Impacto al Negocio

Actividad 4. Se realiza mesas de trabajo para el análisis, seguimiento y monitoreo de riesgos de la oficina de sistemas

Actividad 5. Se realiza acompañamiento en las en la ejecución y presentación de entregables de los Planes de mejoramiento propuestos en los hallazgos asignados a la Oficina de Sistemas para atender la Auditoria Interna en el mes de Abril

Actividad 6. Mesas de trabajo reporte Indicadores de Gestión, Alimentación Plataforma CompromISO Evaluación por dependencias del IV trimestre

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



GIOVANNY NIÑO SABOGAL
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,



CRISTINA CANO ESTRADA
PROFESIONAL G04

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
JUAN CARLOS CORTES GOMEZ
JEFE OFICINA DE SISTEMAS (E)

17/03/26 14:40:31 USUARIO: SIC - C.C. 79803796

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79803796	GIOVANNY NIÑO SABOGAL	CL 40C SUR 72K 80 1 ETPA CASA 77	3015936716	gninosabogal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68425696	17/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$956.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	412.000	0		0		0	0	0	0	412.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	527.400	0	0	0	0	0	0		527.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	17.300				17.300	0	0	17.300			173	17.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	412.000	412.000
Pensión	1	527.400	527.400
Riesgos Laborales	1	17.300	17.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	956.700	956.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79803796	GIOVANNY NIÑO SABOGAL	CL 40C SUR 72K 80 1 ETPA CASA 77	3015936716	gninosabogal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68425696	17/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$956.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 79803796	NIÑO SABOGAL GIOVANNY	59	0			N							X										25-14	3.296.000	30	527.400	0	0	0	0	EPS008	3.296.000	30	412.000	14-23	3.296.000	30	1	17.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 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.	**1011099550**	**SARAH JULIANA NIÑO MONTILLA**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

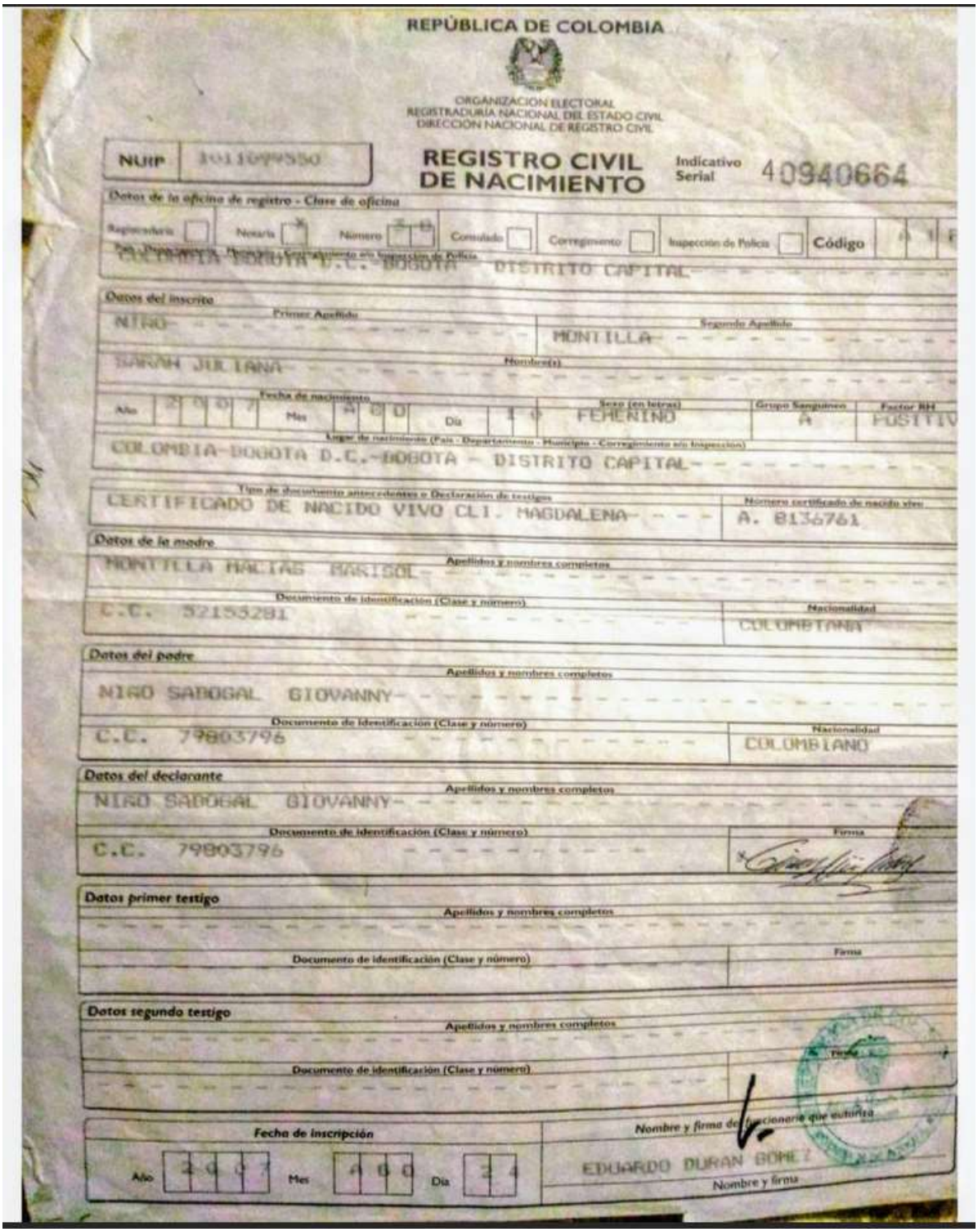
- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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: GIOVANNY NIÑO SABOGAL
C.C.79803796



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1011079550

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40940664

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 25 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 41

COLOMBIA BOGOTA D.C.-BOGOTA - DISTRITO CAPITAL-

Datos del inscrito

Primer Apellido: NIÑO
Segundo Apellido: MONTILLA
Nombre(s): SARAH JULIANA

Fecha de nacimiento: Año 2007 Mes 04 Día 10
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo Sanguíneo: A
Factor RH: POSITIV

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA-BOGOTA D.C.-BOGOTA - DISTRITO CAPITAL-

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLI. MAGDALENA
Número certificado de nacido vivo: A. 8136761

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MONTILLA MACIAS MARISOL
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 52153291
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: NIÑO SABOGAL GIOVANNY
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 79803796
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: NIÑO SABOGAL GIOVANNY
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 79803796
Firma

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 2007 Mes 06 Día 24

Nombre y firma de funcionario que autoriza

EDUARDO DURAN GOMEZ

Nombre y firma


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
Apellidos
NIÑO MONTILLA
NUIP 1.011.099.550
Nombres
SARAH JULIANA
Nacionalidad
COL
Estatura
1.65
Sexo
F
Fecha de nacimiento
10 AGO 2007
G.S.
A+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
11 AGO 2025, BOGOTA D.C.
Firma
Fecha de expiración
11 AGO 2035


.CO
067625901
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL067625901215001<<<<<<<<<<<
0708100F3508116COL1011099550<6
NINO<MONTILLA<<SARAH<JULIANA<<