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 DE GESTIÓN INDUSTRIAL- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921110**
Fecha Elaboración	**Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**63324-257548**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HUGO ALBERTO MONTAÑEZ CAMARGO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	79.862.146	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	disohumo@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	64443568041
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**	SI

¿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:	9125433/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**7926**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, con autonomía e independencia; para impartir formación profesional integral en modalidad presencial en cada uno de los programas de formación titulada y/o complementaria, en los diferentes niveles de formación, de conformidad con las competencias técnicas, claves y transversales requeridas, acorde a la experticia profesional,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 23.687.485
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 30.477.897
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 18.949.988

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	**$ 2.785.747**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Abril	Marzo			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9502021972**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.831.832	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 229.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 293.100	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 9.900	$ 9.600	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
		$		-	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%	$ 24.135.685	$ 928.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.267.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**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

COMPETENCIAS Y ACTIVIDADES DE FORMACION ORIENTADAS DURANTE EL MES DE ABRIL DE 2026 DE ACUERDO CON PROGRAMACION ACADEMICA

Competencia: 230101043. Reducir las causas y efectos de las urgencias, emergencias, calamidades y desastres de acuerdo con modelos hum

Respuesta a preguntas sobre: conceptos de riesgos, amenazas, vulnerabilidad, sísmica, georeferenciación, organización, funcionamiento

Competencia: 230101066 Ejecutar acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos del trabajo para la población cubierta y r

Respuesta a preguntas sobre promoción de la salud, prevención de riesgos, inducción, capacitación y entrenamiento, conceptos de estadí

Competencia: 230101007 Apoyar las actividades de salud ocupacional de acuerdo con el programa diseñado en salud ocupacional y Norma

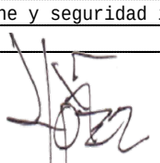
Respuesta a preguntas sobre: conceptos de ergonomía, antropometría y biomecánica, Resolución 2646 de 2008, toxicología industrial, GAT

Competencia: 230101067. Ejecutar el programa de Salud Ocupacional de la empresa según orientaciones dadas y normatividad vigente.

Respuestas a preguntas sobre: Política y cronogramas de actividades de los SG-SST, reglamento de higiene y seguridad industrial

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



HUGO ALBERTO MONTAÑEZ CAMARGO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

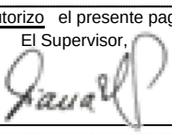
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



DIANA NEXI SAMACA PRIETO
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
JULIAN ANDRES CASTELLANOS CASTRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

06/04/26 11:37:36 USUARIO: SIC - C.C. 79862146

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79862146		MONTAÑEZ CAMARGO HUGO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 100 No 75 53	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4555101	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	191183449	9502021972	I	2026/04/14	2026/04/06	BANCOLOMBIA	0	$543,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	79862146	MONTAÑEZ CAMARGO HUGO ALBERTO	230201	30	$1,840,000	$294,400	EPS008	30	$1,840,000	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,840,000	$19,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,840,000**	**$294,400**			**$1,840,000**	**$230,000**			**$0**	**$0**			**$1,840,000**	**$19,300**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$0	$294,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$294,400	$0	$0	$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,300	$0	$0	$19,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,300	$0	$0	$19,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$0	$230,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$230,000	$0	$0	$230,000
TOTAL				**1**	**$543,700**	**$0**	**$0**	**$543,700**

Outlook

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 191183449

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Fecha Jue 2/04/2026 6:18 PM
Para Humoc@hotmail.com <Humoc@hotmail.com>

¡Hola, HUGO ALBERTO MONTAÑEZ CAMARGO!

Estado de la Transacción: Aprobada



Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 543.700

Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9502021972
Fecha de la transacción: 02/04/2026

CUS: 191183449

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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	1016960679	LUCIANA MONTAÑEZ ROZO	Hijo(a)

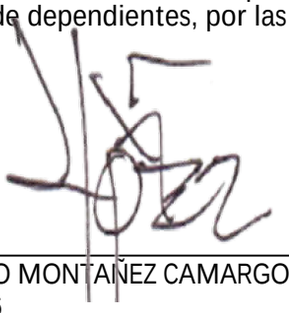
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



HUGO ALBERTO MONTAÑEZ CAMARGO
C.C. 79862146

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.016.960.679
MONTAÑEZ ROZO

APELLIDOS
LUCIANA

NOMBRES

Luciana M.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-AGO-2013
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

02-AGO-2031 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

01-MAR-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01220070-F-101 20210423 0074198029A 2 8501621419

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1016960679

Indicativo Serial 52871093

5287109 3

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 54 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A41

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido: MONTAÑEZ

Segundo Apellido: ROZO

Nombre(s): LUCIANA

Fecha de nacimiento: Año 2013 Mes AGO Día 02

Sexo (en letras): Femenino

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 12191297-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ROZO RODRIGUEZ YENY MARGARITA

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.52552121

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MONTAÑEZ CAMARGO HUGO ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79362146

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MONTAÑEZ CAMARGO HUGO ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79362146

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 2013 Mes AGO Día 10

Nombre y firma del funcionario que autorizó: RUBEN DARIO ACOSTA GONZALEZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento: RUBEN DARIO ACOSTA GONZALEZ

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 103 FOLIO 288.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARÍA, LA CUAL EXPIDO EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C. PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY 10 ABR. 2013 CON VALIDEZ PERMANENTE.

NOTARÍA 54 BOGOTÁ D.C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA — RUBEN DARIO ACOSTA GONZALEZ — NOTARIA CINCUENTA Y CUATRO