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 GUAVIARE**

**CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **95** |
| **Código Centro** | **953310** |
| **Fecha Elaboración** | **Abril de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **53095-754105** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | CAROLINA BUITRAGO BEJARANO | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.115.066.543 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | cbuitragobe@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 82877663830 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3164479873 | **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** | SI |
| **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:** | 9112398/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **7226** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 12 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL, PARA ORIENTAR FPI PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, TITULADA Y/O COMPLE/ P. REGULAR, CAMPESENA Y/O E. POPULAR RED INSTITUCIONAL INTEGRALIDAD – COMP TRANSV - QUE IMPARTE EL CDATTG RDO.CPE NO. 95-9-2026-000263. |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/04/2026 Al 30/04/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 46.697.631 |
| **Número de pago** | **4** | **Valor Total del Contrato:** | $ 58.600.949 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 5.493.839,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 41.203.792 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 5.493.839 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 5.493.839** | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.229.555** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Abril | Marzo |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **9501990872** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 2.197.536 | $ 2.197.536 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 274.700 | $ 274.700 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 351.700 | $ 351.700 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 11.500 | $ 11.500 |
| | | $ | |
| | | $ | |
| | | $ | |
| 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 | | $ 549.384 | |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 41.375.460 | $ 1.077.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 2.233.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.229.555,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 0,00 | |
| 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 | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| Pro-Univesidad de la Amazonia | 27.469,00 | 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** | **$5.466.370,00** | |

**SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Gestión de Redes de Datos
Gestión Contable y de la información financiera
Gestión de Redes de Datos
Gestión de Redes de Datos
Apoyo a la Gestión de Actividades Administrativas

**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

**CAROLINA BUITRAGO BEJARANO**
**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,

**JORGE YONATHAN VILLAMIZAR CLAVIJO**
**INSTRUCTOR G10**

**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**
**EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

13/04/26 11:33:48 USUARIO: SIC - C.C. 1115066543

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1115066543 | | BUITRAGO BEJARANO CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 6 27b 48 | SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE | 1111111 | No |

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 | 172664084 | 9501990872 | I | 2026/04/14 | 2026/03/27 | NEQUI | 0 | $637,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 1115066543 | BUITRAGO CAROLINA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 30 | $2,197,600 | $351,700 | EPS018 | 30 | $2,197,600 | $274,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $2,197,600 | $11,500 | 0 | $0 | $0 | No | $637,900 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $2,197,600 | $351,700 | | | $2,197,600 | $274,700 | | | $0 | $0 | | | $2,197,600 | $11,500 | | $0 | $0 | | $637,900 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1115066543 | | BUITRAGO BEJARANO CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 6 27b 48 | SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE | 1111111 | No |

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 | 172664084 | 9501990872 | I | 2026/04/14 | 2026/03/27 | NEQUI | 0 | $637,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $351,700 | $0 | $0 | $351,700 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $351,700 | $0 | $0 | $351,700 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $11,500 | $0 | $0 | $11,500 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $11,500 | $0 | $0 | $11,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $274,700 | $0 | $0 | $274,700 |
| S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. | EPS018 | 805,001,157 | 2 | 1 | $274,700 | $0 | $0 | $274,700 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$637,900** | **$0** | **$0** | **$637,900** |

| PROCESO |
|---|
| GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS |
| NOMBRE DEL FORMATO |
| FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS |
| CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Pública | X | Pública Clasificada | | Pública Reservada | |

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

San José del Guaviare, 30 de abril 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:

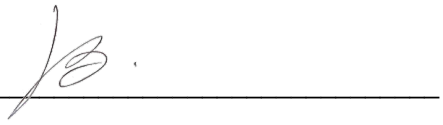
| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1112154836** | **María Paula Olaya Buitrago** | **HIJO** |

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,



FIRMA
Nombre: CAROLINA BUITRAGO BEJARANO
1115066543

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1112154836

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43692993

43692993

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 2 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA VALLE DEL CAUCA GUADALAJARA DE BUGA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| OLAYA | BUITRAGO |

Nombre(s): MARIA PAULA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2010 Mes ENERO Día 26 | FEMENINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA VALLE DEL CAUCA GUADALAJARA DE BUGA. HOSPITAL SAN JOSE

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO | 51884364-6 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: BUITRAGO BEJARANO CAROLINA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC# 1.115.066.543 DE BUGA | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: OLAYA MARTINEZ FEDERICO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC# 1.115.066.470 DE BUGA | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: BUITRAGO BEJARANO CAROLINA

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC# 1.115.066.543 DE BUGA | Carolina Buitrago |

**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 |
|---|---|
| | |

CLEH

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2010 Mes ENERO Día 28 | Nombre y firma |

**Reconocimiento paterno**

Federico Olaya Martinez
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

LIBRO DE VARIOS # 6 FOLIO # 25

ESPACIO PARA NOTAS

TRÁMITES LEGALES

LA NOTARÍA PRIMERA DE BUGA VALLE
CERTIFICA

Que el presente registro civil es fiel y auténtica copia de su original que aparece en el libro
Indicativo serial 43692993
de esta Notaria, Decreto 1260/70 Art. 115.
Se expide hoy 10 NOV 2015
Doy fe,

MIGUEL ALFREDO LEDESMA CHAVARRO
Notario 1° de Guadalajara de Buga Valle

IMPRESO POR BARANDIO S.A. NIT. 860.013.774-5 10/2014

COPIA FIEL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

# CAROLINA BUITRAGO BEJARANO

Actividad Económica Principal 8523
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

## Factura Electrónica de Venta CBB - 14

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764095094469 de 02/07/2025 - 02/07/2027 autoriza CBB - 1 a CBB - 50

| | |
|---|---|
| Tipo de Operación | Estandar |
| Fecha de Generación | 13/04/2026 10:31 |
| Fecha de Vencimiento | 13/04/2026 10:31 |
| Fecha de Validación | 13/04/2026 11:22 |
| Forma de Pago | Contado |
| Medio de Pago | Consignación bancaria |
| Moneda | COP |

## DATOS DEL EMISOR

| | |
|---|---|
| Razón Social | CAROLINA BUITRAGO BEJARANO |
| NIT | 1115066543 |
| Obligación | NO APLICA |
| Email | psicarolinabuitrago@hotmail.com |
| Teléfono | 3164479873 |
| Dirección Fiscal | CR 6 27 B 48 BRR BELEN DE LA PAZ, SAN JOSE DEL GUAVIARE, (GUAVIARE, CO) |

## DATOS DEL CLIENTE

| | |
|---|---|
| Razón Social | Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA |
| NIT | 899999034 |
| Obligación | NO APLICA |
| Email | siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co |
| Teléfono | 5461500 |
| Dirección | CL 57 8 69 |
| Ciudad, Depart. | BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO) |

| No | REF | DESCRIPCIÓN | CANT | U/M | PRECIO | IMP | SUBTOTAL | TOTAL ITEM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | HONORARIOS MES DE ABRIL DE 2026 | 1 | EA | $5,493,839.00 | | $5,493,839.00 | $5,493,839.00 |

1

| | |
|---|---|
| Subtotal | $5,493,839.00 |
| Total a Pagar | $5,493,839.00 |

#$36-02-00-095-953310;9112398;yvillamizarc@sena.edu.co#$

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 341c193e1d026d220cafd3e38ac3119d719aaa14928736485b767f108e0fa4fffb7325dbdf13c43e00004f190f01de8d

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648