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 CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**97361-660889**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DANIEL EDUARDO BOLAÑOS BONILLA	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	10.294.886	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	debolanosb@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	570453555
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:	9087301/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**33026**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	930710-0314Instructor. Prestar servicios profesionales como Instructor (a) para desarrollar actividades propias de la Formación Profesional Integral EN ETAPA LECTIVA Y/O PRODUCTIVA DEPENDIENDO DE LA PROGRAMACION ASIGNADA Y NECESIDAD DEL CENTRO, mediante la orientación y ejecución de procesos formativos presenciales y/o a distancia, virtuales y/o

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026 Al 30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 37.899.976
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 33.162.479

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			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8373422383**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.737.497,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	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 I		$ 9.900	$ 9.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8551 - POPAYAN	9.475,00	0,200%
		$		-	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%	$ 34.479.550	$ 928.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.856.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.728.022,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL VEINTIDOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar FPI en la ficha 3142103-Com: 210301003 Analizar el riesgo crediticio de acuerdo c RA: '272977 Ejecutar los procesos de análi
Orientar FPI en la ficha 3315185-Com: 210301016 Procesar depósitos, pagos y retiros en mo RA: 273004 Atender a clientes y usuarios en
Orientar FPI en la ficha 3172876-Com: 210301003 Analizar el riesgo crediticio de acuerdo c RA: 272975 Aplicar los criterios y fatore
Orientar FPI en la ficha 3233464-Com: 210301003 Analizar el riesgo crediticio de acuerdo c RA: 272975 Aplicar los criterios y fatore
Actividades GIC - Actividades de I+d+i, desarrollo de actividades de proyectos de lineas programáticas de investigación

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

Firmado digitalmente por DANIEL EDUARDO BOLAÑOS
Fecha: 2026.04.14 15:14:57 -05'00'

DANIEL EDUARDO BOLAÑOS BONILLA
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

Firmado digitalmente por DIEGO EDUARDO ERAZO
Fecha: 2026.04.15 09:34:52 -05'00'

DIEGO EDUARDO ERAZO GUERRERO
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
YENI ESPERANZA NAVIA MENESES
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

13/04/26 21:21:19 USUARIO: SIC - C.C. 10294886

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DANIEL EDUARDO BOLAÑOS BONILLA
No. Identificación: CC10294886
Dirección: CRA 5BE 10-35 TORRE C APTP 703
Telefono: 8337108
Correo: danielbolaos@unicauca.edu.co
Ciudad: POPAYÁN
Número de Planilla: 8373422383

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DANIEL EDUARDO BOLAÑOS BONILLA
Tipo y número de identificación	CC10294886
Número de planilla	8373422383
Fecha pago	2026-04-07
Número de autorización pago	73422383
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2026
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	551500
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	10000	1
230301	Porvenir	304000	1
EPS005	Sanitas EPS	237500	1

8373422383

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 10294886
APELLIDOS Y NOMBRES: DANIEL EDUARDO BOLAÑOS BONILLA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	1900000	1900000	1900000	0	237500	0	304000	0	10000	0

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

AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA *ASISTIDA* PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único: 10.294.886

Valor a Pagar $: 551.500

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8373422383

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año ____ Mes ____

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PR0-083-V2

```
AVV 251 20260407 09:17 SC1275  LINEA   D
VR PAGADO:       551,500.00
NOMBRE:COMPENSAR
CLAVE:8373422383                    0
ID:10294886
Fecha Aplicación:20260407   PIN:91743
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 31 de Enero 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	1058937465	Stefania Bolaños Torres	Hijo(a)

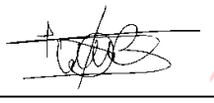
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



Firmado digitalmente por DANIEL EDUARDO BOLAÑOS
Fecha: 2026.02.17 21:04:49 -05'00'

DANIEL EDUARDO BOLAÑOS BONILLA
C.C. 10294886

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.058.937.465

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55093884

55093884

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número [0][2] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** F 2 H

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BOLAÑOS	TORRES

Nombre(s)

STEFANIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes NOVIEMBRE Día 13	FEMENINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO DANE	No. 12934676 - 9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TORRES CABAL PAOLA ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. C. No. 34.316.982 POPAYAN	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BOLAÑOS BONILLA DANIEL EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. C. No. 10.294.886 POPAYAN	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TORRES CABAL PAOLA ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C. C. No. 34.316.982 POPAYAN	Paola Andrea

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2014 Mes NOVIEMBRE Día 19	MARIA DEL ROSARIO GUELLAR DE IBARRA Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.058.937.465**

BOLAÑOS TORRES

APELLIDOS

STEFANIA

NOMBRES

Stefania

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-NOV-2014**

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

13-NOV-2032 **B+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

26-ABR-2022 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1100100-01303069-F-1058937465-20220616 **0079**759899A 3 8504624261