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**

**DESPACHO DIRECCION**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **101000** |
| **Fecha Elaboración** | **Abril de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **32880-732266** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | JACKELINE BUTRON GOMEZ | **Banco a consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Cédula de Ciudadanía** | 52.703.266 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | jbutron@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 24054285277 |
| **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:** | 9006706/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **13326** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 12 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | ORIENTADOR OCUPACIONAL APE - Prestar los servicios profesionales de carácter temporal para contribuir en el desarrollo de las acciones de orientación y el fortalecimiento de las estrategias para la atención de |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/04/2026** | **Al** | **30/04/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 39.312.000 |
| **Número de pago** | **4** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 49.795.200 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.368.000,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 34.944.000 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.368.000 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.368.000** | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.566.900** | **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** | | ---------- | **9502271699** | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.566.900,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.750.905 | $ 1.750.905 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.868.900,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 218.900 | $ 218.900 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 280.200 | $ 280.200 | 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 | | $ 9.200 | $ 9.200 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| | | $ | | Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 37.374,00 | 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 | | $ 436.800 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 41.375.460 | $ 856.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 1.978.000 | | | | | |
| | | | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | | **VALOR A PAGAR** | **$4.330.626,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atención a usuarios de la Agencia Pública de Empleo de manera presencial y virtual, medianteel aplicativo APE.

Se efectúa orientación ocupacional según solicitudde buscadoresde empleo; apoyando en la construcción y/o actualización de hoja de vida. Atención y respuesta a usuarios de la Agencia Pública de Empleo, que emplean diferentes canales.

Asistencia Feria de Oportunidades del 9-04-26. Se efectúan los envíos directos a las solicitudes según los perfiles publicados.

Envió de reporte semanal inscripción de usuarios nuevos. Aplicación de encuestas.

Inscripción de usuariosnuevosen aplicativo APE.

Se realiza actualización y emisión de Certificados APE. Atención semanal en APE a los usuarios interesados en procesos SENA.

Se asiste a las reuniones pactadas en APE y virtual. Asistencia a Taller Impulso laboral – Universidad Central.

Control preventivo de documentación almacenadade la gestión contractual.

**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

**JACKELINE BUTRON GOMEZ**
**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 ALEXANDER CAÑON CASTAÑO**
**PROFESIONAL G03**

**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**
**GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS**
**DIRECTOR REGIONAL DISTRITO (E)**

14/04/26 11:48:26 USUARIO: SIC - C.C. 52703266

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 52703266 | | BUTRON GOMEZ JACKELINE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 82 A # 82 A -11 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4308367 | 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 | 173243900 | 9502271699 | I | 2026/04/17 | 2026/03/27 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $621,400 |

**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 |
| **Sucursal: PRINCIPAL (2 Afiliados)** | | | | | $1,800,000 | $288,000 | | | $1,800,000 | $324,000 | | | $0 | $0 | | | $1,800,000 | $9,400 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 2 Afiliados)** | | | | | $1,800,000 | $288,000 | | | $1,800,000 | $324,000 | | | $0 | $0 | | | $1,800,000 | $9,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 2 Afiliados) | | | | | $1,800,000 | $288,000 | | | $1,800,000 | $324,000 | | | $0 | $0 | | | $1,800,000 | $9,400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52703266 | BUTRON JACKELINE | 230301 | 30 | $1,800,000 | $288,000 | EPS010 | 30 | $1,800,000 | $225,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,800,000 | $9,400 | 0 | $0 | $0 |
| 2 | CC | 1007401102 | ZAPATA ANDRES | | 0 | $0 | $0 | EPS010 | 30 | $0 | $99,000 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 2)** | | | | $1,800,000 | $288,000 | | | $1,800,000 | $324,000 | | | $0 | $0 | | | $1,800,000 | $9,400 | | $0 | $0 |

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 52703266 | | BUTRON GOMEZ JACKELINE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 82 A # 82 A -11 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4308367 | 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 | 173243900 | 9502271699 | I | 2026/04/17 | 2026/03/27 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $621,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $288,000 | $0 | $0 | $288,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $288,000 | $0 | $0 | $288,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $9,400 | $0 | $0 | $9,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $9,400 | $0 | $0 | $9,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 2 | $324,000 | $0 | $0 | $324,000 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 2 | $324,000 | $0 | $0 | $324,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$621,400** | **$0** | **$0** | **$621,400** |

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 13 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1028724880** | **Santiago Suarez Butrón** | **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: Jackeline Butrón Gómez
C.C. 52703266 de Bogotá D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 54848233

NUIP: 1.028.724.880

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría: X | Notaría: | Número: | Consulado: | Corregimiento: | Inspección de Policía: | Código: A C L

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

REGISTRADURIA DE BARRIOS UNIDOS HOSP INFANTIL SAN JOSE - COLOMBIA -

Datos del inscrito

Primer Apellido: SUAREZ | Segundo Apellido: BUTRON

Nombre(s): SANTIAGO

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes ABR Día 03 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: B | Factor RH: POSITIVO

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

Tipo de documento que sustenta o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DS NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 12636943-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BUTRON GOMEZ JACKELINE

Documento de Identificación (Clase y número): CC 52.703.266 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SUAREZ GIOVANNY ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número): CC 79.719.323 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SUAREZ GIOVANNY ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número): CC 79.719.323 | Firma: Giovanny Alexander Suarez

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 2014 Mes ABR Día 30

Nombre y firma del funcionario que autoriza: LEONEL TORRES NAVAS REGISTRADOR

Nombre y firma

Reconocimiento paterno: Giovanny Alexander Suarez Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

30.ABR.2014 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 25 FOLIO 0076.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA, SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, ARTICULO 155 DECRETO LEY 1260 DE 1970; TIENE VIGENCIA PERMANTE ART. 2 DECRETO 2189 de 1983, SE OMITE SELLO SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 21995

PARENTESCO

FECHA DE EXPEDICIÓN

02 MAYO 2014

LEONEL TORRES NAVAS
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL BARRIOS UNIDOS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -