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 ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**14 de Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**78682-738279**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OSCAR IGNACIO SOSA GUTIERREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	79.602.953	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ososa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	20356953275
IP/Nº de contacto:	16003	**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:	9020331/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**17426**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 40.268.724
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.531.227

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		----------	**84943239**	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	4.197.397,00	
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 - 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%	$ 37.927.505	$ 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**	**$4.696.950,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar la inducción a la Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de grupos.

Determinar los compromisos de trabajo derivados del proceso de inducción de inicio de trimestre.

Llamado asistencia en el desarrollo del proceso de formación según programación establecida por la coordinación.

Determinar espacios virtuales de trabajo para los grupos programados.

Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de grupos.

Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos.

Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.

Determinación de lineamientos de formación según equipo ejecutor.

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

Óscar Ignacio Sosa Gutiérrez

OSCAR IGNACIO SOSA GUTIERREZ
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 RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA
Fecha: 2026.04.16 09:28:45 -05'00'

NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO
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
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-14, 09:30:25 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 84943239

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026

PAGADO 10/04/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR IGNACIO SOSA GUTIERREZ		
Documento	CC79602953	**Dirección**	CL 01 #24 - 70 APT 304 T 1 CONJ NATURA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6019508885
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MADRID	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79602953	OSCAR IGNACIO SOSA GUTIERREZ	59	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.894.999	$ 303.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.894.999	$ 236.900	0,522	$ 1.894.999	$ 9.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.894.999	$ 11.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 561.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.894.999	$ 1.894.999	$ 1.894.999	$ 1.894.999	$ 303.200	$ 236.900	$ 9.900	$ 11.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 561.400	$ 0	$ 561.400

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

COOPSUMAPAZ IPS

COOPERATIVA MULTIACTIVA DEL SUMAPAZ
nit 808.002.168-9

direccion calle 17a n 12-76 barrio piedra grande fusagasuga
tel 9229865 cel 3219317052
medicinalaboral.coopsumapaz@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 28.112

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
07 DÍA	01 MES	2026 AÑO	FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
SOSA GUTIERREZ OSCAR IGNACIO	MASCULINO	52 AÑOS 3 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	79602953 (Número)

Cargo: **INSTRUCTOR SENA**

EPS	AFP	ARL
COMPENSAR	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA DESARROLLAR SU LABOR

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	GLICEMIA	✓
VISIOMETRIA	✓	ENFASIS PSICOSOCIAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SU CAPACIDAD VISUAL ACTUAL ES ADECUADA PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO HABITUAL. SEGUIR USANDO LENTES PARA LECTURA		HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICIÓN, ORTOPEDIA		CONTROL DE PESO
		ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE

- CUMPLIR CON LAS NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ESTABLECIDAS POR LA EMPRESA, DE ACUERDO CON EL PANORAMA DE FACTORES DE RIESGO IDENTIFICADO.
- REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA DOS (2) HORAS POR 5 MINUTOS DURANTE LA JORNADA LABORAL, PARA FAVORECER LA MOVILIDAD, PREVENIR LA FATIGA Y MEJORAR EL BIENESTAR FÍSICO.
- ASISTIR Y PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROGRAMADAS POR LA EMPRESA, FORTALECIENDO LA CULTURA DE AUTOCUIDADO.
- HACER USO ADECUADO Y PERMANENTE DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP) CORRESPONDIENTES AL NIVEL DE RIESGO DEL CARGO.
- DAR CUMPLIMIENTO A LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DENTRO Y FUERA DEL ENTORNO LABORAL.
- MANTENER UNA HIGIENE POSTURAL ADECUADA, ADOPTANDO POSICIONES ERGONÓMICAS EN EL DESARROLLO DE LAS TAREAS DIARIAS.
- UTILIZAR TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA EL CARGO, CONFORME AL PANORAMA DE RIESGOS LABORALES ESTABLECIDO.
- FOMENTAR Y MANTENER LA PRÁCTICA REGULAR DE ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTIVA, ACORDE CON LOS INTERESES PERSONALES, EL ESTADO FÍSICO Y LA CONDICIÓN DE SALUD INDIVIDUAL.
- REPORTAR OPORTUNAMENTE CUALQUIER CONDICIÓN INSEGURA O ACTO INSEGURO OBSERVADO EN EL ÁREA DE TRABAJO
- MANTENER UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA E HIDRATACIÓN ADECUADA, PRIVILEGIANDO ALIMENTOS SALUDABLES Y EVITANDO EL CONSUMO EXCESIVO DE AZÚCARES, GRASAS Y BEBIDAS ESTIMULANTES.
- PROMOVER UN AMBIENTE LABORAL ARMÓNICO Y RESPETUOSO, BASADO EN LA COMUNICACIÓN ASERTIVA, LA EMPATÍA Y EL TRABAJO EN EQUIPO.
- CUMPLIR CON LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA MÉDICA OCUPACIONAL, ASISTIENDO A LOS CONTROLES DE SALUD PERIÓDICOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
- MANTENER EL ORDEN Y LA LIMPIEZA EN EL PUESTO DE TRABAJO, CONTRIBUYENDO A UN ENTORNO SEGURO Y AGRADABLE.
- PROTEGER LA SALUD AUDITIVA Y VISUAL, HACIENDO PAUSAS VISUALES, AJUSTANDO LA ILUMINACIÓN DEL ENTORNO Y UTILIZANDO PROTECCIÓN AUDITIVA CUANDO SEA NECESARIO.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: CC: 52692879 - ADRIANA TRUJILLO

R. M.: 52692879 **L.S.O.:** 250859-2019

Código de Seguridad

A1324G1M28112

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SOSA GUTIERREZ OSCAR IGNACIO

CC: 79602953



COOPSUMAPAZ IPS

COOPERATIVA MULTIACTIVA DEL SUMAPAZ
nit 808.002.168-9

direccion calle 17a n 12-76 barrio piedra grande fusagasuga
tel 9229865 cel 3219317052
medicinalaboral.coopsumapaz@gmail.com



EXAMEN DE VISIOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 20,929

Fecha: 07/01/2026 **Municipio:** FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) **CC:** 79602953 **Nombre:** SOSA GUTIERREZ OSCAR IGNACIO **Edad:** 52 AÑOS 3
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR SENA **Empresa:** PARTICULARES
Eps: COMPENSAR **Tipo Evaluación Medica:** EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO **F. Último Examen:** 01/05/2025
Lugar del Último Examen: FUSAGASUGA **Motivo Consulta:** EXAMEN OCUPACIONAL

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	DIABETES E HIPERTENSION PROBLEMAS CARDIO VASCULAR
ANTECENDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	LECTURA
TRAE RX	NO
USA ANTEOJOS	SI USA

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	125	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	125	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	125	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SU CAPACIDAD VISUAL ACTUAL ES ADECUADA PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO HABITUAL. SEGUIR USANDO LENTES PARA LECTURA

OPTOMETRA

Dra. Johana Hernandez
Optometra F.U.S.M.
TP: 1359

Firma:
Nombre: CC: 209421832 - JOHANA IBETH HERNANDEZ
R. M.: 1359 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
K1324Q3W20929

PACIENTE

Firma:
Nombre: SOSA GUTIERREZ OSCAR IGNACIO
CC: 79602953

COOPERATIVA MULTIACTIVA DEL SUMAPAZ
nit 808.002.168-9

COOPSUMAPAZ IPS

direccion calle 17a n 12-76 barrio piedra grande fusagasuga
tel 9229865 cel 3219317052
medicinalaboral.coopsumapaz@gmail.com



RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

DATOS PERSONALES

Lugar del Examen: FUSAGASUGÁ (CUNDINAMARCA, COLOMBIA) **Fecha:** 07/01/2026

Número de Identificación: 79602953 **Nombre:** SOSA GUTIERREZ OSCAR IGNACIO **Genero:** MASCULINO

Fecha de Nacimiento: 14/09/1973 **Edad:** 52 AÑOS 3 MESES 23 DÍAS **Estado Civil:** CASADO(A)

RESULTADO DE GLICEMIA

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO DE REFERENCIA
QUIMICA			
GLUCOSA EN SUERO	91.2	mg/dL	70.0 - 110.0

Nota: la empresa no se responsabiliza por enmendaduras realizadas a este reporte

Validado por: Lina Marcela Riaño Parra
Bacterióloga y Laboratorista clínico.
CC1.014.275.926
WWW.coopsumapaz.co

Bacteriólogo

Firma: Lina Riano

Nombre: RIAÑO PARRA LINA MARCELA
RM: 1014275926

Codigo de Seguridad
C1324I32O23363

Paciente

Firma:

Nombre: SOSA GUTIERREZ OSCAR IGNACIO
CC: 79602953

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, febrero 21 de 2026.

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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 párrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informó que las personas relacionadas a continuación, tienen) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1034403402	JOSHUA ALEJANDRO SOSA CORTES	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 informó 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: _ ÓSCAR IGNACIO SOSA GUTIÉRREZ _
C.C. _ 79602953 BTÁ ___

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.034.403.402

SOSA CORTES

APELLIDOS

JOSHUA ALEJANDRO

NOMBRES

Joshua Sosa

FIRMA





13-JUN-2013

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

13-JUN-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

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

O+
G S RH

M
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01225318-M-1034403402-20210329

0073938812A 1

8501813157