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	**Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**84680-395877**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JULIANA HERRERA POVEDA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.014.217.219	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	juherrerap@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	91252182859
IP/Nº de contacto:	0	**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:	8976252/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**30726**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

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:**	$ 15.160.003
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.422.506

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		----------	**84530190**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	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	$ 9.900	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%	$ 20.687.730	$ 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

1. Identificar a la persona con rol de aprendiz; sus logros, dificultades y lo concertado con el ente co-formador
2. Visitas de acompañamiento y evaluación de los aprendices en etapa productiva
3. Alimentación del Portafolio de Evidencias de los aprendices de etapa productiva
4. Verificación de la documentación de los aprendices para la aprobación del RAP de etapa productiva
5. Evaluación de los Resultado de Aprendizaje Etapa productiva
6. Charlas de alternativas de etapa productiva para dar a conocer los aspectos procedimentales de seguimiento y evaluación
7. Brindar asesoría a las personas con rol de aprendiz en los lineamientos metodológicos de las alternativas y los seguimientos
8. Orientación en el diligenciamiento de los documentos propios de la etapa productiva
9. Diligenciamiento de actas en caso de incumplimiento de contratos para continuar con el proceso de etapa productiva

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



JULIANA HERRERA POVEDA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

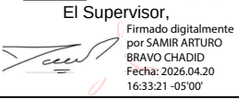
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
INSTRUCTOR G19

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)

15/04/26 17:11:16 USUARIO: SIC - C.C. 1014217219

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-04-15, 03:22:05 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 84530190

Periodo Cotización 202603 **Periodo Servicio** 202603

Cliente:

PAGADA 2026-04-15

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JULIANA HERRERA POVEDA				
Documento	CC 1014217219	**Dirección**	CL 83 #96 - 51 INTERIOR 4 APTO 410		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5512086		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1014217219		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					HERRERA POVEDA JULIANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	30			$ 1.894.999	231001		16 %	$ 1.894.999	$ 303.200	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.894.999	$ 236.900	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 1.894.999	$ 9.900	CCF24	0,6 %	$ 1.894.999	$ 11.400	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 303.200	$ 0	$ 0	$ 236.900	$ 9.900	$ 11.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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	**1034306866**	**Agustín Clavijo Herrera**	**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,

JULIANA HERRERA POVEDA
C.C. 1014217219

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 55349781

55349781

NUIP: **1034306866**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [01] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1001

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

COLOMBIA -- CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA PRIMERA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CLAVIJO	**HERRERA**

Nombre(s): **AGUSTIN**

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes SEP Día 05	**MASCULINO**	**B**	**P**

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	**530247926**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: **HERRERA POVEDA JULIANA**

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCN 1014217219 DE BOGOTA	**COLOMBIANO(A)**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: **CLAVIJO VARELA HASSAN ALBERTO**

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCN 79.900.034 DE BOGOTA	**COLOMBIANO(A)**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: **CLAVIJO VARELA HASSAN ALBERTO**

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CCN 79.900.034 DE BOGOTA	

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 2015 Mes SEP Día 09	(a) Firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento
Firma	Nombre

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS 246 FOLIO 55

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE BOGOTA
Es fiel Copia del Original dada en Bogotá D.C. Válida para demostrar parentesco.
09 SEP 2015
REPUBLICA DE COLOMBIA
HERNAN MICHAUACAN FONROBONA
NOTARIO
NOTARIA PRIMERA DE BOGOTA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned by CamScanner

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA NORTE 86 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 86-65, Polo Club **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6013904599 - 6013904798 **EMAIL:**citas.norte86@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-07

Nombres y apellidos:JULIANA HERRERA POVEDA
Fecha de nacimiento:20/12/1990
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTORA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

CC:1014217219
Edad:35 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-01-07 / 09:16:01
Fecha salida:2026-01-07 / 11:31:27
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- VISIOMETRIA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PSICOSOCIAL

CONCEPTO DE APTITUD:
: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Karolina Erazo Giraldo.
Médico RM 1010221917 LIC.SST 21725
Esp. Seguridad y salud en el trabajo

LEIDY KAROLINA ERAZO GIRALDO
CC: 1010221917
RM: 1010221917
LIC-SST: 21725
Firma y sello del médico

JULIANA HERRERA POVEDA
CC: 1014217219
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA NORTE 86 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 86-65, Polo Club **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6013904599 - 6013904798 **EMAIL:**citas.norte86@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-07

Nombres y apellidos:JULIANA HERRERA POVEDA
Fecha de nacimiento:20/12/1990
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTORA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Fondo de Pensiones:COLFONDOS

CC:1014217219
Edad:35 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-01-07 / 09:16:01
Fecha salida:2026-01-07 / 11:31:27
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA

Karolina Erazo Giraldo.
Médico RM 1010221917 LIC.SST 21725
Esp. Seguridad y salud en el trabajo

LEIDY KAROLINA ERAZO GIRALDO
CC: 1010221917
RM: 1010221917
LIC-SST: 21725
Firma y sello del médico

JULIANA HERRERA POVEDA
CC: 1014217219
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.