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** | **79844-632904** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO | **Banco a consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Cédula de Ciudadanía** | 52.971.213 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | mlagos@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 24077805319 |
| **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** | 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:** | 8979705/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **22026** | **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 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **9501696770** | 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% | $ 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

3313700 - Atencion al usuario I - De acuerdo al plan de trabajo se realizaron las actividades propuestas, realizando el respectivo cie
3388193 - Atencion al Usuario II - De acuerdo al plan de trabajo se realizaron las actividades propuestas, realizando el respectivo c
3172195 - Organización archivos de gestion - De acuerdo al plan de trabajo, realizando el respectivo cierre
3388193 - Tramite de correspondencia II - De acuerdo al plan de trabajo se realizaron las actividades propuestas, realizando el respec
Asisiti a la capacitacion orientada por parte de la coordinacion para elaboracion de entregables

**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



**MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

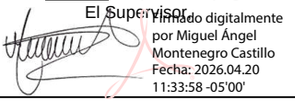
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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




**MIGUEL ANGEL MONTENEGRO CASTILLO**
**INSTRUCTOR G20**

**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)**

17/04/26 07:13:31 USUARIO: SIC - C.C. 52971213

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 52971213 | | LAGOS VAQUIRO MARIA ANDREA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 79 D # 57i-03 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7804768 | 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 | 183900300 | 9501696770 | I | 2026/04/07 | 2026/03/31 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $555,600 |

**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 (1 Afiliados)** | | | | | $1,914,000 | $306,300 | | | $1,914,000 | $239,300 | | | $0 | $0 | | | $1,914,000 | $10,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,914,000 | $306,300 | | | $1,914,000 | $239,300 | | | $0 | $0 | | | $1,914,000 | $10,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,914,000 | $306,300 | | | $1,914,000 | $239,300 | | | $0 | $0 | | | $1,914,000 | $10,000 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52971213 | LAGOS MARIA | 230301 | 30 | $1,914,000 | $306,300 | EPS005 | 30 | $1,914,000 | $239,300 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,914,000 | $10,000 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,914,000 | $306,300 | | | $1,914,000 | $239,300 | | | $0 | $0 | | | $1,914,000 | $10,000 | | $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 52971213 | | LAGOS VAQUIRO MARIA ANDREA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 79 D # 57i-03 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7804768 | 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 | 183900300 | 9501696770 | I | 2026/04/07 | 2026/03/31 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $555,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $306,300 | $0 | $0 | $306,300 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $306,300 | $0 | $0 | $306,300 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $10,000 | $0 | $0 | $10,000 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $10,000 | $0 | $0 | $10,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $239,300 | $0 | $0 | $239,300 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $239,300 | $0 | $0 | $239,300 |
| TOTAL | | | | 1 | $555,600 | $0 | $0 | $555,600 |

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 17 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** | **1145935122** | **EMMANUEL MARTIN GOMEZ LAGOS** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

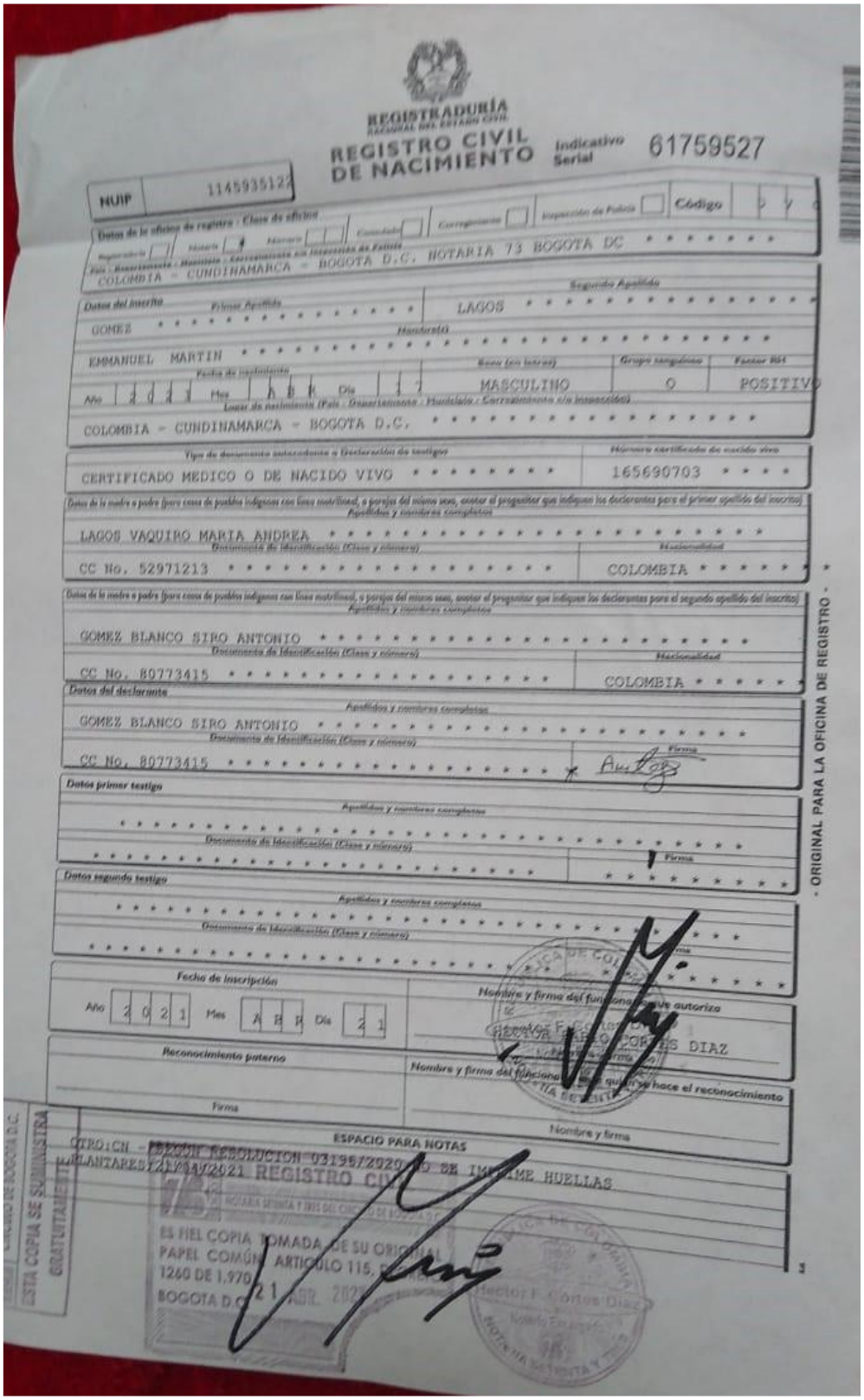
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO
C.C. 52971213



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61759527

NUIP 1145935122

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina: COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 73 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido: GOMEZ

Segundo Apellido: LAGOS

Nombre(s): EMMANUEL MARTIN

Fecha de nacimiento: Año 2021 Mes MAR Día 17

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 165690703

Datos de la madre o padre (para casos de parejas indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, acotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: LAGOS VAQUIRO MARIA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 52971213

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de parejas indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, acotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: GOMEZ BLANCO SIRO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 80773415

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GOMEZ BLANCO SIRO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 80773415

Firma

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 2021 Mes MAR Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza: HECTOR FABIO CORTES DIAZ

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario que hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:CN - SEGUN RESOLUCION 03196/2020 NO SE IMPRIME HUELLAS

ELANTARES 21/04/2021 REGISTRO CIVIL

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL PAPEL COMÚN ARTICULO 115, 1260 DE 1.970

BOGOTA D.C. 21 ABR. 2021

Hector F. Cortes Diaz

ESTA COPIA SE SUMINISTRA GRATUITAMENTE

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -