



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)

DIRECCIÓN GENERAL

OFICINA DE SISTEMAS - MODERNIZACION DE AMBIENTES

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

Código Regional	1
Código Centro	101001
Fecha Elaboración	Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	09103-504992

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	FRANKLIN DE LA ROSA MARQUEZ	Banco a consignar:	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	9.098.277	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	nsvigila1977@hotmail.com	Número de Cuenta:	865715994
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:	8944683/2026	Nº Compromiso SIIF	69626	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST.:9-2026-003085-PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y MONITOREO DE LOS SERVICIOS TECNOLÓGICOS EN EL MARCO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES (TIC) EN LA DIRECCIÓN GENERAL, LAS				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/04/2026	Al	30/04/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 47.740.500
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 61.178.566
Valor Bruto Pago:	\$ 5.304.500,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 42.436.000

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 5.304.500	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 5.304.500</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 3.118.150</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

**LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR**

	Abril	Marzo	Base retención en la fuente a título de RENTA		TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	9502371723	Base retención en la fuente a título de ICA	3.118.150,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.121.800	\$ 2.121.800	Valor base IVA	5.304.500,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 265.300	\$ 265.300	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 339.500	\$ 339.500	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 11.100	\$ 11.100	Reteica - 8299 - CARTAGENA	45.407,00	0,856%
	\$ -	\$ -		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	\$ 530.450	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 1.040.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.589.000	\$ -			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$5.259.093,00</b>	

**SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

pago de la planilla de seguridad social y parafiscal nro. 9502371723 del operador aportes en línea, Referente al mes de Marzo de 2026  
 Gestione ante la mesa de servicio las solicitudes en unión con el coordinador de apoyo mixto de la regional Bolívar.  
 Apoye en la etapa técnica al supervisor contrato de Ups y en la validación e instalación de las acometidas a instalar las UPS.  
 Elabore y presente informes operativos y de gestión de la regional del mes de Abril de 2026 ante el ente nacional.  
 Promoví las solicitudes de creación de Correos a Contratistas de la regional para ser enviados por el director regional  
 Acompañe en la etapa de instalaciones al supervisor contrato de Ups de la regional Bolívar

**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

**FRANKLIN DE LA ROSA MARQUEZ  
EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 periodo 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,

*Maria Ofelia Gallo Sisa*

**MARIA OFELIA GALLO SISA  
TECNICO G02**

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  
ANGELA PATRICIA IBARRA QUIROGA  
JEFE OFICINA DE SISTEMAS (E)**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9098277		DELAROSA MARQUEZ FRANKLIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	zaragocilla cll 1° 30 g #50A-28	CARTAGENA-BOLIVAR	6699456	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	232138522	9502371723	I	2026/04/21	2026/04/17	NEQUI	0	\$616,000	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																											
EMPLEADO				NOVEDADES												PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES											
No.	Identificación	Nombre		ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes		
1	CC 9098277	DE LA ROSA FRANKLIN																			230201	30	\$2,122,000	\$339,600	EPS002	30	\$2,122,000	\$265,300	0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,122,000	\$11,100	0	\$0	\$0	No	\$616,000			
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>																						\$2,122,000	\$339,600			\$2,122,000	\$265,300			\$0	\$0			\$2,122,000	\$11,100			\$0	\$0			\$616,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9098277		DELAROSA MARQUEZ FRANKLIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	zaragocilla cll 1° 30 g #50A-28	CARTAGENA-BOLIVAR	6699456	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	232138522	9502371723	I	2026/04/21	2026/04/17	NEQUI	0	\$616,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$339,600	\$0	\$0	\$339,600	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$339,600	\$0	\$0	\$339,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,100	\$0	\$0	\$11,100	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,100	\$0	\$0	\$11,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$265,300	\$0	\$0	\$265,300	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$265,300	\$0	\$0	\$265,300	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$616,000</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$616,000</b>	



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de Abril 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 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:

<b>T.I.</b>	<b>1047477383</b>	<b>SANTIAGO DEL CRISTO DE LA ROSA ARTEAGA</b>	<b>HIJO</b>
-------------	-------------------	---	-------------

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: FRANKLIN DE LA ROSA MARQUEZ  
C.C. 9.098.277 DE Cartagena

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

51690807

- NUIP 1.047.477.303

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input checked="" type="checkbox"/>	Notaría <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código
Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
REGISTRADURIA DE CARTAGENA - COLOMBIA - BOLIVAR - CARTAGENA						

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido		
DE LA ROSA				ARTEAGA		
Nombre(s)						
SANTIAGO DEL CRISTO						
Fecha de nacimiento						
Año	2	0	3	Mes	M	A
				Día	0	0
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)						
COLOMBIA BOLIVAR CARTAGENA						

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Numero certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	11834684-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos		Nacionalidad
ARTEAGA GOMEZ ROSMERY		COLOMBIA
Documento de identificación (Clase y número)		
CC 45.538.940		

Datos del padre

Apellidos y nombres completos		Nacionalidad
DE LA ROSA MARQUEZ FRANKLIN		COLOMBIA
Documento de identificación (Clase y número)		
CC 9.098.277		

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos		Firma
DE LA ROSA MARQUEZ FRANKLIN		
Documento de identificación (Clase y número)		
CC 9.098.277		

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos		Firma
Documento de identificación (Clase y número)		

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos		Firma
Documento de identificación (Clase y número)		

Fecha de inscripción

Año	2	0	1	3	Mes	M	A	Día	0	7
-----	---	---	---	---	-----	---	---	-----	---	---

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ABRAHAM POSADA SAMPAZO REGISTRAR

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO







REPUBLICA DE COLOMBIA  
ORGANIZACION ELECTORIAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 5460052

**NUIP** 1.047.477.383

Tipo de certificado

Datos Esenciales

Acreditar Parentesco

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

DE LA ROSA ARTEAGA SANTIAGO DEL CRISTO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año 2013 Mes M A R Día 01

MASCULINO

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

COLOMBIA BOLIVAR CARTAGENA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año 2013 Mes M A R Día 07

0051690807

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

ARTEAGA GOMEZ ROSMERY

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 45.538.940

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

DE LA ROSA MARQUEZ FRANKLIN

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 9.098.277

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

DE LA ROSA MARQUEZ FRANKLIN

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 9.098.277

Espacio para notas

VALIDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES Y PARA ACREDITAR PARENTESCO. ART. 115 DEC 1260 DE 1970

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA BOLIVAR CARTAGENA

Código

C Y W

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2013 Mes M A R Día 07

Nombre y firma del funcionario

ABRAHAM POSADA SAMPAYO

Registrador del Estado Civil

