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 BOYACÁ

CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**16 de Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**74943-084103**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SONIA LUCIA SALAMANCA PEDRAZA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	40.032.022	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ssalamanca@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	88279887969
IP/Nº de contacto:	3144262733	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
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:	9129412/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**11026**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Contratar a través de la modalidad de contratación directa la prestación de los servicios personales de carácter temporal, para planear, orientar, ejecutar y evaluar actividades de Formación Profesional Integral en el programa de Articulación con la Media, conforme a las competencias técnicas asociadas al diseño curricular, en áreas relacionadas con AGRICOLA, aplicando las

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026 Al 30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 37.899.976
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.217.053
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 33.162.479

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 3.248.982	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.986.479**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.970.931**	**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	4.970.931,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**5250279480**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	7.986.479,00	
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	II	$ 19.800	$ 19.800	Reteica - 334 - DUITAMA	48.718,00	0,610%
		$		-	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		$ 798.648		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$34.479.550	$ 1.657.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.535.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.688.779,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1/04/26 DUITAMA- CEDEAGRO Actividades de Desarrollo Curricular.

Semana del 6 al 10 /04/2026 Pachavita ficha 3146503 Ejecutar un plan de fertilización. Visita a proycetos.ficha 3408400 Diagnostico de finca respecto a criterios de BPA

Semana del 13 al 14/04.2025 San Luis de gaceno ficha 31464713 Ejecutar técnicamente prácticas de manejo de cultivos.fcha 3404248 Elaborar un diagnóstico de finca, proponer y diseñar arreglos productivos.

Semana del 20 al 24/04/2026 DUITAMA - CEDEAGRO Desarrollo curricular. Ramiriqui ficha 3408880 Diagnostico de la granja de la IET. Realizar propagacion y siembra de semillas sexuales y asexuales. ficha 3408355 Diagnostico de la granja de la IET respecto a criterios de BPA

Semana 27 al 30/04/2026 RAmriqui ficha 3146504 Asumir responsablemente el uso de la maquinaria. ficha 3404283 Diagnostico de la granja

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



SONIA LUCIA SALAMANCA PEDRAZA
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,



CLAUDIA PATRICIA NUNEZ IZQUIERDO
INSTRUCTOR

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
ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

17/04/26 13:17:21 USUARIO: SIC - C.C. 40032022

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40032022
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SONIA LUCIA SALAMANCA PEDRAZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	KRA 8 17 67	TELÉFONO:	7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**5250279480**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/13			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996429378

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 303.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 303.200	$ 0	$ 303.200
SUBTOTALES:										**$ 303.200**	**$ 0**	**$ 303.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 236.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 236.900	$ 0	$ 0	$ 236.900
SUBTOTALES:													**$ 236.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 236.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.800	$ 19.800	$ 0	$ 0	$ 19.800
SUBTOTALES:									**$ 19.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																													PENSIÓN									SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 40032022	SALAMANCA PEDRAZA SONIA LUCIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.895.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.895.000	$ 303.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 303.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.895.000	$ 236.900	$ 0	$ 236.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.895.000	40032022	$ 19.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 559.900

HISTORIA CLINICA

Código de planilla EV001
Fecha de Historia: 15/01/2026
Lugar y Fecha: Tunja Boyacá 15/01/2026 12:12
Documento y nombre del Paciente: CC 1049626991 ANDRES FELIPE BAUTISTA SALAMANCA
Administradora: ENTIDAD PRMOTORA DE SALUD SANITAS SAS – EN INTERVENCION BAJO LA MEDIDA DE TOMA DE POSESION -S
Tipo de usuario: SUBSIDIADO NIVEL 1
No de Historia: 1049626991 Cons. Historia: 2426437
Atención: Ambulatorio

DATOS GENERALES:
Historia: 1049626991
Hora: 12:10
EVOLUCION ACTUAL
Descripción: PSIQUIATRIA CONTROL. :: CONTROL
SUBJETIVO: VIENE A CONTROL CON LA MAMA (SONIA SALAMANCA) REFIERE SENTIRSE BIEN ANIMICAMENTE EN CASA. LO HA VISTO TRANQUILO NOTAN QUE SE IRRITA EN LOS DIAS PREVIOS A PLICARSE LA MEDICACION DE DEPOSITO. HAY PREOCUPACION POR QUE NO HA LOGRADO EMPLEARSE NO HA VUELTO A TENER ALUCINACIONES. QUIERE HACER UN CURSO VIRTUAL. NO HA TENIDO SINTOMAS PSICOTICOS, HA DISMINUIDO EL CONSUMO DE CIGARRILLO UNO POR DIA. DUERME DESDE QUE TOME LA MEDICACION. ESTA PROCURANDO COMER SANO. HA BAJADO VARIOS KILOS DE PESO (75 kilos). NO REALIZA NINGUN TIPO DE ACTIVIDAD FISICA. NO REPORTA OTROS CAMBIOS.

**09/01/25 TSH 4.21 MUI/ML_ CH 6510 BLANCOS 50.3% LINFOS 37.8% LINFOS HB 16.2 HTO 48.8% 275 MIL PLAQUETAS, GLICEMIA 82.58 MG/DL SGOT 22.47 U/L SGPT 26.61 NORMALES CT 226.32 MG/DL CREATININA 1.55 MG/DL ELEVADOS

OBJETIVO: ALERTA, ATENTO, ORIENTADO, COLABORADOR, AFECTO MUDULADO SIN FONDO PREDOMINATE, PENSAMINETO LOGICO COHERENTE SIN DELIRIOS, NI IDEAS DE SUICIDIO, S/P NIEGA, INTROSPECCIONY PROPECCION ADECUADA, JUICIO DE REALIDAD CONSERVADO.
ANALISIS: PACIENTE ESTABLE BAJO TRATAMIENTO. SE MANTIENE MEDICACION Y SE CITA NUEVO CONTROL.
RXS (-)
AYUDAS DAGNOSTICAS
IMPRESIÓN DIAGNOSTICO
DX principal: F 200- ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
TIPO DE DIAGNOSTICO PRINCIPAL: CONFIRMADO REPETIDO
CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL
Paciente DX Enf Mental: NO APLICA
Finalidad de la Consulta: OTRA

PLAN DE MANEJO:
RISPERIDONA AMP 25 MG: 1 AMP IM CADA 15 DIAS.
LVP SLN ORAL 4% GOTAS: TOMAR VO 3-6 GOTAS 8 PM
OLANZAPINA: X 10 MG TABLETA
Medida: TABLETA Concentración: 10 MG Via Administración: ORAL
CONTROL POR PSIQUIATRIA EN 3 MESES
SS CH, FUNCION RENAL Y PERFIL LIPIDICO DE CONTROL

Signos de alarma: RECONSULTAR DE INMEDIATO POR URGENCIAS, SI IDEAS DE SUICIDIO, AGRESIVIDAD O ALUCINACIONES O INSOMNIO.
Recomendaciones: MANTENER MEDICAMNETO EN DOSIS INDICADAS
NO CONSUMIR ALCOHOL, NI OTRAS SPA.

Carolina Monroy
Carolina Monroy Medin
MEDICO PSIQUIATRA U.M.N
C.C. 40048535 R.M. 15368

DOCTORA CAROLINA MARIA MORROY MEDINA
C.C 40048535
Especialidad. PSIQUIATRIA
Registro 15368

PROCESO		
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública [ ]	Pública Clasificada [X]	Pública Reservada [ ]

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Duitama, 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:

C.C.	**1049626992**	**ANDES FELIPE BAUTISTA SALAMANCA**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- hijo mayor de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificado por Medicina Legal.

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: SONIA LUCIA SALAMANCA PEDRAZA
C.C. 40032022 de Tunja

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 40032022 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 13/04/2026 09:02 PM

Código Verificación: **1P5D68G9Q4**

Válida hasta: **13/07/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC