



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
SENA FONDO EMPRENDER

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

Código Regional	1
Código Centro	505255
Fecha Elaboración	Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	03508-463619

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos:	WILDER BOLANOS GOMEZ	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.144.144.312	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	wil.bolanos@soysena.edu.co	Número de Cuenta:	51442748954
IP/Nº de contacto:		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	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:	9230701/2026	Nº Compromiso SIIF	24826
		Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM Y GEST: 01-9-2026-007082, PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO DISEÑADOR DE INTERFAZ PARA EL DISEÑO DE LA EXPERIENCIA DE USUARIO E INTERFACES GRÁFICAS DE LA PLATAFORMA DEL FONDO EMPRENDER, BAJO LA COORDINACIÓN DE LA FÁBRICA DE SOFTWARE		

DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del	01/04/2026	Al	30/04/2026
Número de pago	3	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 60.300.000
Valor Bruto Pago:	\$ 6.700.000,00	Valor Total del Contrato:	\$ 73.700.000
		Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 53.600.000


RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 6.700.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 6.700.000		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 3.939.200	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

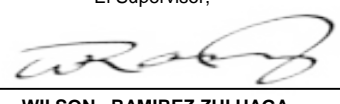
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
	Abril	Marzo			TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	75316770	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.939.200,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.680.000	\$ 2.680.000	Base retención en la fuente a título de ICA	5.936.200,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 335.000	\$ 335.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 428.800	\$ 428.800	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	\$ 14.000	\$ 14.000	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - BOGOTÁ	57.344,00	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	\$ 670.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 37.927.505	\$ 1.313.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.626.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$6.642.656,00	

SON: SEIS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se definieron los elementos visuales del sistema de diseño, incluyendo paleta de colores, tipografías, jerarquías e iconografía
Se diseñaron versiones de pantallas y sesiones del portal, considerando jerarquía visual, organización de la información
Se desarrollaron propuestas de interfaces en Figma, incluyendo pantallas del portal y el dashboard del perfil del emprendedor
Se definieron estructuras de interfaz y componentes reutilizables dentro del sistema de diseño, considerando su adaptabilidad
Se participó en reuniones de sprint, dailys y sesiones de trabajo del equipo, con el fin de alinear el diseño de interfaz
Se realizó preparación conceptual para pruebas de usuario, mediante la revisión de documentación y asesoría sobre metodologías
Se revisaron lineamientos de accesibilidad, incluyendo el Kit UI de accesibilidad y la Resolución Mintic 1519 de 2020
Se socializaron avances del sistema de diseño, componentes e interfaces, permitiendo validar decisiones de diseño con el equipo
Las actividades fueron desarrolladas en el CEAI de la Regional Valle del Cauca - Cali

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
 WILDER BOLANOS GOMEZ 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,  WILSON RAMIREZ ZULUAGA 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
ELSA AURORA BOHORQUEZ VARGAS
DIRECTORA DE EMPLEO Y TRABAJO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1144144312	WILDER BOLAÑOS GOMEZ		CARRERA 28a 54 71	3186532113	wichorbg@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75316770	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$781.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	335.000	0		0		0	6	1.400	0	336.400	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	428.800	0	0	0	0	6	1.800	0	430.600	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	14.000				14.000	6	100	14.100			140	14.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	335.000	336.400
PenSIón	1	428.800	430.600
Riesgos Laborales	1	14.000	14.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	777.800	781.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1144144312	WILDER BOLAÑOS GOMEZ		CARRERA 28a 54 71	3186532113	wichorbg@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75316770	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$781.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TDE	TDE	TDP	TAP	USP	SN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1144144312	BOLAÑOS GOMEZ WILDER		57	0			N																25-14	2.680.000	30	428.800	0	0	0	0	EPS002	2.680.000	30	335.000	14-23	2.680.000	30	1	14.000		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 17 de Abril 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:

RC	1109940424	Amelia Bolaños Puentes	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,

WILDER BOLAÑOS GOMEZ
C.C. 1144144312



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **62601679**

NUIP **1109940424**



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría X Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código T X Y

País Departamento - Municipio - Gobierno o Inspección de Policía **COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI** NOTARIA 5 CALI * * * * *

Datos del inscrito

BOLANOS * * * * * Primer Apellido * * * * * **PUENTES** * * * * * Segundo Apellido * * * * *

AMELIA * * * * * Nombre(s) * * * * *

Año **2025** Mes **U C T** Día **07** Sexo (en letras) **FEMENINO** Grupo sanguíneo **O** Factor RH **POSITIVO**

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento u/o inspección) * * * * *

CERTIFICADO MEDICO U DE NACIDO VIVO Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos * * * * * 2 Número certificado de nacido vivo * * * * *

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

PUENTES DE LA CRUZ KAREN * * * * * Apellidos y nombres completos * * * * *

CC No. **1144095721** Documento de identificación (Clase y número) * * * * * **COLOMBIA** Nacionalidad * * * * *

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

BOLAÑOS GOMEZ WILDER * * * * * Apellidos y nombres completos * * * * *

CC No. **1144144312** Documento de identificación (Clase y número) * * * * * **COLOMBIA** Nacionalidad * * * * *

Datos del declarante

PUENTES DE LA CRUZ KAREN * * * * * Apellidos y nombres completos * * * * *

CC No. **1144095721** Documento de identificación (Clase y número) * * * * * **Karen Puentes** 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 **2025** Mes **NOV** Día **04**

Nombre y firma del funcionario que autoriza Titular
GLORIA MARINA REBOLERO CAMPO Notaria de Cali

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
GLORIA MARINA REBOLERO CAMPO Notaria de Cali

Firma **Nombre y firma**

OTRO: CN - L.V TOMO 139 FOLIO 04 **ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO