



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 PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRÁFICA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	921710
Fecha Elaboración	Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	61148-078475

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HERNAN ANDRES FONSECA RAMIREZ	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	74.380.778	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	herman.andres.fonseca@gmail.com	Número de Cuenta:	25875774568
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:	Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9125982/2026	Nº Compromiso SIIF	16826	Número de pagos durante la vigencia del contrato	7
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, Para elaborar el diseño y desarrollo curricular, así como los diferentes contenidos temáticos, documentos generales, guías, instrumentos de evaluación, entre otros recursos asociados a programas de formación de las redes de conocimiento INFORMÁTICA, DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE Y ARTES GRÁFICAS y , bajo				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/04/2026	Al	30/04/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 18.694.500
Número de pago	3	Valor Total del Contrato:	\$ 27.810.000		
Valor Bruto Pago:	\$ 4.635.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 14.059.500

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.635.000	Honorarios profesionales a persona declarante de re	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.635.000		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.725.300	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		TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	6011042661	Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.725.300,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.854.000	\$ 1.854.000	Valor base IVA	4.106.500,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 231.800	\$ 231.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 296.700	\$ 296.700	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 9.700	\$ 9.700	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	39.669,00	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	\$ 463.500	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 24.135.685	\$ 908.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.786.000	\$ -			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$4.595.331,00	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ciclo de reuniones de apoyo con la metodóloga Andrea Varón.
Reuniones de trabajo con los instructores técnicos del programa para definición de perfiles de egreso e ingreso del programa de Supervisión de Procesos Gráficos los días Lunes y jueves del mes de abril.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:	
1. Cumpli 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	
	HERNAN ANDRES FONSECA RAMIREZ EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	Autorizo el presente pago. El Supervisor,
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.	
	ELIANA GARNICA NAMEN 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
JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74380778
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HERNAN ANDRES FONSECA RAMIREZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	FUSAGASUGA	DEPARTAMENTO:	CUNDINAMARCA
DIRECCIÓN:	TV 4 ESTE # 3C NORTE - 118 MZ C	TELÉFONO:	7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6011042661	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	195547617

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

		TOTALES	
		COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 407.500
SUBTOTAL:			1	\$ 407.500

SALUD

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 318.400
SUBTOTAL:			1	\$ 318.400

CAJA DE COMPENSACIÓN

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600073361	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	\$ 15.300
SUBTOTAL:			1	\$ 15.300

RIESGOS PROFESIONALES

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 13.300
SUBTOTAL:			1	\$ 13.300

VALOR SIN MORA:	\$ 754.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 754.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74380778	NÚMERO PLANILLA:	6011042661	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	FUSAGASUGA	DEPARTAMENTO:	HERNAN ANDRES FONSECA RAMIREZ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	TV 4 ESTE # 3C NORTE - 118 MZ C CASA 13	TELÉFONO:	CUNDINAMARCA	DÍAS DE MORA:	marzo AÑO	2026	2026
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	7000000	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	195547617
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 407.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 407.500	\$ 0	\$ 0	\$ 407.500
SUBTOTALES:										\$ 407.500	\$ 0	\$ 0	\$ 407.500

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 318.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 318.400	\$ 0	\$ 0	\$ 318.400
SUBTOTALES:										\$ 318.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 318.400	

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	\$ 0	\$ 13.300	\$ 13.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 13.300	
SUBTOTALES:										\$ 13.300	\$ 0	\$ 0	\$ 13.300

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES										
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO								
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	\$ 15.300	\$ 0	\$ 15.300								
SUBTOTALES:			\$ 15.300	\$ 0	\$ 15.300								

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL										SALUD										ARP										PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE															
1	CC 74380778	FONSECA RAMIREZ HERNAN ANDRES	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 2.600.000				NO						01-30											230301-PORVENIR	30	2.546.800	\$ 407.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 407.500	EPS005-SANITAS S.A	30	2.546.800	\$ 318.400	\$ 0	\$ 318.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	2.546.800	\$ 899999034	\$ 13.300	30	2.546.800	CCF22-COLSUBSIDIO	\$ 15.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0															

TOTAL PAGADO: \$ 754.500

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 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:

NUIP - NIP	1052406927	Zara Kelaía Fonseca Coronado	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: Hernán Andrés Fonseca Ramírez
C.C. 74.380.778 de Duitama

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP **1.052.406.927** **REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO** Indicativo Serial **51491576**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
 Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código **D X X**
 País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE DUITAMA - COLOMBIA - BOYACA - DUITAMA

Datos del inscrito
 Primer Apellido **FONSECA** Segundo Apellido **CORONADO**
 Nombre(s) **ZARA KELAIA**
 Fecha de nacimiento Año **2014** Mes **ABR** Día **07** Sexo (en letras) **FEMENINO** Grupo sanguíneo **O** Factor RH **POSITIVO**
 Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos **CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo **12478242-9**

Datos de la madre
 Apellidos y nombres completos **CORONADO SUAREZ ELIANA ZORAIDA**
 Documento de identificación (Clase y número) **CC 46.456.643** Nacionalidad **COLOMBIA**

Datos del padre
 Apellidos y nombres completos **FONSECA RAMIREZ HERNAN ANDRES**
 Documento de identificación (Clase y número) **CC 74.380.778** Nacionalidad **COLOMBIA**

Datos del declarante
 Apellidos y nombres completos **FONSECA RAMIREZ HERNAN ANDRES**
 Documento de identificación (Clase y número) **CC 74.380.778** 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 **2014** Mes **ABR** Día **11** Nombre y firma del funcionario que autoriza **HENRY MARTINEZ MAHECHA - REGISTRA**
 Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
 del Fotocopia tomada en el Organismo
 en los Archivos de esta Oficina
11 ABR 2014
HENRY MARTINEZ MAHECHA
 Registrador Especial del Estado Civil
 Duitama - Boyaca

PRIMERA COPIA. EXENTA DE PAGO.



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

