

 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)		Código Regional	11
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	921710
	CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRÁFICA- BTÁ D.C.		Fecha Elaboración	Mayo de 2026
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 1,26
		ID de Proceso	49380-905511	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: EDNA CAROLINA GONZALEZ HERNANDEZ		Banco a consignar: BANCO CAJA SOCIAL		
Cédula de Ciudadanía 1.010.168.198		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: ecgonzalezh@sena.edu.co		Número de Cuenta: 24043594375		
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		NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?				
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600				
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)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
Nº del contrato: 9029697/2026		Nº Compromiso SIIF 10326	Número de pagos durante la vigencia del contrato 11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA ATENDER LOS PROCESOS FORMATIVOS DE LOS APRENDICES EN LAS COMPETENCIAS BASICAS ASOCIADOS A LA RED DE CONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE PEDAGOGIA INSTITUCIONAL COMUNICACIÓN EN EL ÁREA TEMÁTICA DE COMUNICACION DE LOS PROGRAMAS		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/05/2026 Al 31/05/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 32.057.063		
Número de pago 5		Valor Total del Contrato: \$ 46.585.387		
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 27.319.566		
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				
		Mayo	Abril	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.785.747,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9502626525	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.197.397,00
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 I		\$ 9.900	\$ 9.900	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% \$37.927.505		\$ 928.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 2.847.000				
Retención en la Fuente Contingente \$				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				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				
Desarrollar actividades de planeación de los procesos formativos asignados por la coordinación académica.				
Ejecutar procesos formativos asignados por la coordinación académica en las jornadas académicas y sedes adscritas al Centro.				
Apoyar y acompañar en los procesos de inducción de los aprendices y colaborar en su integración al programa formativo.				
Realizar el seguimiento y evaluación de la etapa productiva de acuerdo con las guías orientadoras, reglamento del aprendiz.				
Implementar de manera conjunta y concertada con la coordinación, las estrategias y didácticas para preparar, orientar, evaluar.				
Cumplir los lineamientos de orientación del desempeño del instructor en ambientes presenciales, registrados en Compromiso.				
Reportar de manera oportuna a la coordinación, las novedades académicas y/o disciplinarias de los aprendices.				
Aplicar, garantizar y hacer cumplir lo establecido en el Reglamento del Aprendiz y el Manual de Convivencia vigentes del SENA.				
Incentivar la participación de aprendices y participar en las actividades programadas por el grupo de Bienestar al Aprendiz.				
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		 EDNA CAROLINA GONZALEZ HERNANDEZ 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;		 ELIANA GARNICA NAMEN INSTRUCTOR		
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.				
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

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010168198		GONZALEZ HERNANDEZ EDNA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 60A #49A - 21 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3104822032	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-04	2026-04	273192219	9502626525	I	2026/05/26	2026/05/04	BANCO CAJA SOCIAL	\$561,400

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes												
1	CC	1010168198	GONZALEZ HERNANDEZ EDNA CAROLINA																		231001	30	\$1,895,000	\$303,200	EPS008	30	\$1,895,000	\$236,900	CCF24	30	\$1,895,000	\$11,400	14-23	30	\$1,895,000	\$9,900	30	\$0	\$0	No	\$561,400												
Total Afiliados(1)																								\$1,895,000		\$303,200				\$1,895,000		\$236,900				\$1,895,000		\$11,400				\$1,895,000		\$9,900				\$0		\$0		\$561,400	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010168198		GONZALEZ HERNANDEZ EDNA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 60A #49A - 21 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3104822032	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	273192219	9502626525	I	2026/05/26	2026/05/04	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$561,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,400	\$0	\$0	\$11,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$11,400	\$0	\$0	\$11,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900
TOTAL				1	\$561,400	\$0	\$0	\$561,400



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 29 de Enero 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	1027544533	JUAN JOSE VILLANUEVA GONZALEZ	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,

EDNA CAROLINA GONZALEZ HERNANDEZ
C.C. 1010168198



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 29 de Enero 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:

TI	1025550367	LUCIANA VILLANUEVA GONZÁLEZ	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,

EDNA CAROLINA GONZALEZ HERNANDEZ
C.C. 1010168198

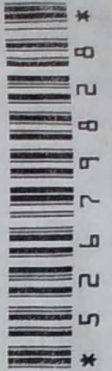


ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1025550367

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 52679828



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 57 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 057

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

*****COLOMBIA ***** CUNDINAMARCA ***** BOGOTA *** NOTARIA 57*****

Datos del inscrito

Primer Apellido VILLANUEVA Segundo Apellido GONZALEZ

Nombre(s) LUCIANA

Fecha de nacimiento Año 2012 Mes SEP Día 22 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO

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

*****COLOMBIA ***** CUNDINAMARCA ***** BOGOTA D.C.*****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ***** 11677379-3 *****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos GONZALEZ HERNANDEZ EDNA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1010168198 DE BOGOTA D.C. ***** COLOMBIANA *****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos VILLANUEVA OSORIO CHRISTIAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 80728638 DE BOGOTA D.C. ***** COLOMBIANA *****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos VILLANUEVA OSORIO CHRISTIAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 80728638 DE BOGOTA D.C. *****

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción

Año 2012 Mes SEP Día 27

Nombre y firma del funcionario que autoriza

NIBARDO AGUSTIN FUERTES MORALES

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

NIBARDO AGUSTIN FUERTES MORALES

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV T 163 F 160

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

62150149

NUIP

1027544533

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 9 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 58 BOGOTA DC * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido VILLANUEVA * * * * * Segundo Apellido GONZALEZ * * * * *
Nombre(s) JUAN JOSE * * * * *
Fecha de nacimiento Año 2 0 2 2 Mes E N E Día 0 1 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * Número certificado de nacido vivo 170690384 * * * *

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)

Apellidos y nombres completos GONZALEZ HERNANDEZ EDNA CAROLINA * * * * *
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1010168198 * * * * * Nacionalidad COLOMBIA * * * * *

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)

Apellidos y nombres completos VILLANUEVA OSORIO CHRISTIAN CAMILO * * * * *
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 80728638 * * * * * Nacionalidad COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos VILLANUEVA OSORIO CHRISTIAN CAMILO * * * * *
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 80728638 * * * * * 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 2 0 2 2 Mes E N E Día 0 6
Nombre y firma del funcionario que autoriza DIANA MARCELA ESTUBINAN MUNOZ (E)
Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Cadena S.A.