

 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	921510
	CENTRO DE MATERIALES Y ENSAYOS- 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	15851-251101
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: ANA YOLANDA ACUÑA DIAZ		Banco a consignar: BANCO DE BOGOTA		
Cédula de Ciudadanía 30.009.054		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: yolanda.acuna@yahoo.es		Número de Cuenta: 095557179		
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: 9303612/2026		Nº Compromiso SIIF 12126		Número de pagos durante la vigencia del contrato 12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:PRESTAR SERVICIOS APOYO A FORMACION SENA EN MODALIDAD PRESENCIAL VIRTUAL DISTANCIA		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/05/2026 Al 31/05/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 35.531.228		
Número de pago 5		Valor Total del Contrato: \$ 50.059.552		
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 30.793.731		
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		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.785.747				
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		-----	1081010986	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% \$41.375.460		\$ 928.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 2.847.000				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente \$				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				
Asistencia a reunión mensual virtual de instructores formación virtual EEF 21 de abril de 2026				
Anuncio inicio de actividades fichas 3044808, 3078057, 3118372 y 3078054				
Se presento el informe correspondiente al mes de abril con las actividades desarrolladas.				
Me fueron asignadas dos nuevas fichas la 3078054 y 3070302				
Asistencia a Capacitación Virtual, conforme a programación enviada por Coordinación.				
Calificación y retroalimentación de actividades Sofia Plus, Fichas 3044808, 3078057, 3118372 y 3078054				
Los días 7 y 8 de mayo, asistía a reunión presencial, programada en el Centro de Materiales y Ensayos				
Asistencia a capacitación ambientes virtuales				
Asistencia a Capacitaciones convocadas por la coordinación.				
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				
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,				
EDITH NANCY ESPINEL BERNAL 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 CAROLINA HERNANDEZ VARGAS SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

PAGADO 06/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANA YOLANDA ACUÑA DIAZ		
Documento	CC30009054	Dirección	CL 19 #3 A - 37 TORRE B OFICINA 2004
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3114631598
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	LME	UMA	VAC	VAP	VCT	IND	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 30009054	ANA YOLANDA ACUÑA DIAZ	59	00																		0	30	30	30	0	(230301)	PORVENIR	\$ 1.894.999	\$ 303.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.894.999	\$ 236.900	0,522	\$ 1.894.999	\$ 9.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 550.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	\$ 0	\$ 303.200	\$ 236.900	\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 550.000	\$ 0	\$ 550.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 12 de mayo 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.	1027400352	JOSEPH FRANCISCO GIL ACUÑA	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: ANA YOLANDA ACUÑA DIAZ

C.C. 30.009.054 de Contratación - Santander

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES



CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
JOSEPH	FRANCISCO	GIL	ACUÑA
1.5 Departamento de Residencia	1.6 Municipio de Residencia		
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		

1.7 Documento de Identidad

Certificado de Nacido Vivo	Registro civil	Tarjeta de identidad	Cédula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería	Pasaporte	Camet diplomático	Permiso especial de permanencia
----------------------------	----------------	----------------------	----------------------	---	-----------------------	-----------	-------------------	---------------------------------

Número de documento de identidad: 1027400352

b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha de la Certificación		
SOLUCIONES Y ASISTENCIA EN SALUD SAS	Año	Mes	Día
	2022	12	28
2.3 Tipo de Entidad Valoradora	2.4 Nro. ID Entidad Valoradora		
NI	900622265		

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

Física	SI	NO	X
Visual	SI	X	NO
Auditiva	SI	X	NO
Intelectual	SI	X	NO
Psicosocial (Mental)	SI	NO	X
Sordoceguera	SI	NO	X
Múltiple	SI	X	NO

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

Dominio	Puntaje
Cognición	29.17
Movilidad	10.00
Cuidado Personal	18.75
Relaciones	40.00
Actividades de la Vida Diaria	31.25
Participación	43.75

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Códigos Funciones Corporales

b117.2 b210.2 b229.2

2. Códigos Estructuras Corporales

s260.223 s298.323

3. Códigos Actividades y Participación

d155.2 d4602.2 d879.2



f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Tipo y Número de Identificación
NURY GREY SOTO LOPEZ	Fisioterapia	CC-52422630
ADRIANA PATRICIA MARTINEZ OSPINA	Medicina	CC-52519867
CLAUDIA PATRICIA JARAMILLO CORREDOR	Terapia ocupacional	CC-52955375



El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

35001659

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina									
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 45	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	A	9	F
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTÁ									

Datos del inscrito																
Primer Apellido						Segundo Apellido										
GIL						ACUÑA										
Nombre(s)																
JOSEPH FRANCISCO																
Fecha de nacimiento						Sexo (en letras)			Grupo sanguíneo		Factor RH					
Año	2	0	0	4		Mes	0	7		Día	0	3		MASCULINO	(0)	(+)
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)																
COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTÁ																

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO - - - - -	No. A 5943950

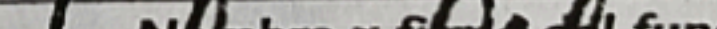
Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
ACUÑA DIAZ ANA YOLANDA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C 30.009.054 CONTRATACION	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
GIL APONTE FRANCISCO ANTONIO - - - - -	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C 79.523.904 BOGOTA - - - - -	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
GIL APONTE FRANCISCO ANTONIO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C 79.523.904 BOGOTA	Francisco G.

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				Nombre y firma del funcionario que autoriza							
Año	2	0	0	Mes	0	7	Día	1	3	 OSCAR ALARCON NUÑEZ Nombre y firma	

[illegible]

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -