



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	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	37180-489733

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANA MILENA MORALES SOSSA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	52.700.194	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	ammoraless@sena.edu.co	Número de Cuenta:	20055109583
IP/Nº de contacto:	1	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			
SI			
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:	8973178/2026	Nº Compromiso SIIF	4226	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LOS PROCESOS FORMATIVOS DE LOS APRENDICES EN LOS PROGRAMAS DE COMPLEMENTARIA Y TITULADA, EN MODALIDAD VIRTUAL Y/O PRESENCIAL, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS Y LINEAMIENTOS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL,				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 33.162.479
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 28.424.982

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Honorarios profesionales a persona declarante de re	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.737.497		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.512.499	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	6013781109	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.512.499,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	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	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
			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	\$ 837.984	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 34.479.550	\$ 719.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.157.000				
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

Se realizó alistamiento, formación y acompañamiento a la ficha EDW1 3486629.
Se realizó alistamiento, formación y acompañamiento a la ficha EDW1 3486630.
Se realizó alistamiento, formación y acompañamiento a la ficha EDW1 3486631.
Se realizó alistamiento, formación y acompañamiento a la ficha EDW1 3486632.
Se participó en diferentes reuniones y actividades programadas por el centro de formación.

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

Ana Milena Morales S.

**ANA MILENA MORALES SOSSA
EL CONTRATISTA**

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**EDDY MERCX CAMACHO GUALDRON
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
JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

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:	52700194	NÚMERO PLANILLA:	6013781109	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	ANA MILENA MORALES	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CR 8 BIS 151 29	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	271609348
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	2165086	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/04		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:			01 - SUCURSAL 1				
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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 304.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 304.000	\$ 0	\$ 0	\$ 304.000
SUBTOTALES:										\$ 304.000	\$ 0	\$ 0	\$ 304.000

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 237.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 237.500	\$ 0	\$ 0	\$ 237.500
SUBTOTALES:										\$ 237.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 237.500	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 10.000	\$ 10.000	\$ 0	\$ 10.000	\$ 0	\$ 0	\$ 10.000	
SUBTOTALES:										\$ 10.000	\$ 0	\$ 0	\$ 10.000	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	MORA		TOTALES								
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO							
CCF21	CCF21-CAFAM	1	\$ 11.400	\$ 0	\$ 0	\$ 11.400							
SUBTOTALES:							\$ 11.400	\$ 0	\$ 0	\$ 11.400			

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	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	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 52700194	MORALES SOSSA ANA MILENA	INDEPENDIENTE		\$ 1.900.000				NO																25-14 COLPENSIONES	30	1.900.000	\$ 304.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 304.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	1.900.000	\$ 237.500	\$ 0	\$ 237.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.900.000	\$ 11.400	\$ 0	\$ 11.400	CCF21-CAFAM	\$ 11.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																

TOTAL PAGADO: \$ 562.900



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, Mayo 10 de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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	1013025158	Luciana Arboleda Morales	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,

Ana Milena Morales S.

ANA MILENA MORALES SOSSA
C.C. 52700194

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

55839275

NUIP 1013025158



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría
 Noaría
 Número **27**
 Consulado
 Corregimiento
 Inspección de Policía
 Código **A 2 E**

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido: **ARBOLEDA**
 Segundo Apellido: **MORALES**

Nombre(s): **LUCIANA**

Fecha de nacimiento: Año **2015** Mes **DIC** Día **11**
 Sexo (en letras): **Femenino**
 Grupo sanguíneo: **O**
 Factor RH: **Positivo**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección): **COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.**

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: **CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**

Número certificado de nacido vivo: **13221893-7**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: **MORALES SOSSA ANA MILENA**

Documento de identificación (Clase y número): **CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 52.700.194**

Nacionalidad: **COLOMBIANA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: **ARBOLEDA CASALLAS CARLOS ARMANDO**

Documento de identificación (Clase y número): **CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.544.841**

Nacionalidad: **COLOMBIANA**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: **ARBOLEDA CASALLAS CARLOS ARMANDO**

Documento de identificación (Clase y número): **CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.544.841**

Firma: *Carlos Arboleda*

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 **2015** Mes **DIC** Día **12**

Nombre y firma del funcionario que autoriza: *Angela del Pilar Conde Jimenez*

ANGELA DEL PILAR CONDE JIMENEZ



Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: _____

Firma: _____

Nombre y firma: _____

ESPACIO PARA NOTAS

PARA LA OFICINA DE REGISTRO

