

 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	99187-200285			
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: ANA MARIA SASTRE CARDENAS		Banco a consignar: DAVIVIENDA				
Cédula de Ciudadanía: 52.818.652		Tipo de cuenta: AHORROS				
Correo electrónico: asastrec@sena.edu.co		Número de Cuenta: 007700660629				
IP/Nº de contacto:		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:		Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.		0,00%				
DATOS DEL CONTRATO						
Nº del contrato:	8973059/2026	Nº Compromiso SIIF	3526	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 TECNICAS ASOCIADOS A LA RED DE CONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE ARTES GRÁFICAS EN EL ÁREA TEMÁTICA DE DISEÑO Y PRODUCCIÓN GRÁFICA DE LOS PROGRAMAS PRESENCIAL DE				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 32.214.980	
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 46.743.304	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 27.477.483	
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		\$ 2.777.847		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 título de RENTA	2.777.847,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	6015409010	Base retención en la fuente a título 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 II		\$ 19.800	\$ 19.800	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	\$ 926.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 2.840.000				
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						
Realización y revisión del planteamiento de trabajo para el periodo correspondiente al primer trimestre de formación.						
Creación y apertura de los espacios para almacenar evidencias de formación.						
Revisión y entrega de guías de aprendizaje que pautaran la formación de los aprendices durante el trimestre						
Apertura y organización de carpetas para la recolección de evidencias de la formación						
Revisión y entrega de guías de aprendizaje que pautaran la formación de los aprendices durante el trimestre						
Publicación de cursos ofrecidos por el centro de formación						
Se usan de manera adecuada los materiales, equipos y demás elementos de la institución.						
Se ceden voluntariamente todos los derechos patrimoniales de todo el material desarrollado durante el proceso académico y formativo en su totalidad durante el periodo 2026, para su correspondiente uso y explotación patrimonial.						
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 MARIA SASTRE CARDENAS 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 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.						
Autorizo el presente pago. El Supervisor,						
						
ELIANA GARNICA NAMÉN 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: 52818652
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANA MARIA SATRE CARDENAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 33 # 23 - 71 BL B-1 APTO 801	TELÉFONO: 3182563
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:	6015409010	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 299720929

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 303.200
SUBTOTAL:			1	\$ 303.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 236.900
SUBTOTAL:			1	\$ 236.900
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 11.400
SUBTOTAL:			1	\$ 11.400
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 9.900
SUBTOTAL:			1	\$ 9.900

VALOR SIN MORA:	\$ 561.400
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 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:

TI	1014865939	Luciana Calvache Sastre	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 MARIA SASTRE CARDENAS
C.C. 52818652

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP	1014865939	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	Indicativo Serial	4 1698419
------	-------------------	-------------------------------------	-------------------	------------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina				
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 52	Consulado ☐	Corregimiento ☐
Inspección de Policía ☐				
Código A 3 H				
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía				
***** COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. *****				

Datos del inscrito				
Primer Apellido		Segundo Apellido		
CALVACHE		SASTRE		
Nombre(s)				
LUCIANA				
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008	Mes SEP	Día 29	FEMENINO	O POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)				
***** COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. *****				

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51360486 - 3

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
SASTRE CARDENAS ANA MARIA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 52.818.652	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
CALVACHE GORDILLO WILLIAM FERNANDO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 11.257.965	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
CALVACHE GORDILLO WILLIAM FERNANDO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No. 11.257.965	

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 2008 Mes SEP Día 30	GABRIEL URIBE ROLDAN
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS	

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.014.865.939**

CALVACHE SASTRE
APELLIDOS

LUCIANA
NOMBRES

Luciana Calvache
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-SEP-2008**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

29-SEP-2026

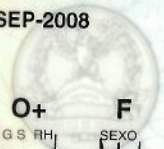
FECHA DE VENCIMIENTO

22-MAR-2016 FUSAGASUGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **F**
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1509400-00811098-F-1014865939-20160407 0049226727A 1 1763847553