



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
DESPACHO REGIONAL-APORTES

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

| | |
|-------------------|--------------|
| Código Regional | 11 |
| Código Centro | 101000 |
| Fecha Elaboración | Mayo de 2026 |
| Versión | ENERO - 1,26 |
| ID de Proceso | 15602-914780 |

DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|--|---------------------------------|---|--------------|
| Nombres y apellidos: | MAYBRID SOLANGIE SOLER CHAPARRO | Banco a consignar: | DAVIVIENDA |
| Cédula de Ciudadanía | 1.018.434.185 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | mssoler@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 473870085098 |
| IP/Nº de contacto: | 14938 | 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: | 8889287/2026 | Nº Compromiso SIIF | 4326 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 12 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | Prestar servicios profesionales a regionales grandes para apoyar el desarrollo de los procesos de relacionamiento y atención al sector empresarial, el cual incluye la presentación detallada del portafolio de | | | | |

DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del | 01/05/2026 | Al | 31/05/2026 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 44.304.976 |
| Número de pago | 5 | | | Valor Total del Contrato: | \$ 63.688.397 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 5.538.122,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 38.766.854 |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios | \$ 5.538.122 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | \$ 0 | Retención en la Fuente del Periodo | \$ 0 |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO | \$ 5.538.122 | | \$ 0 |
| BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 3.256.210 | 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 | ----- | 1080791098 | Base retención en la fuente a título de RENTA | 3.256.210,00 | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 2.215.249 | \$ 2.215.249 | Base retención en la fuente a título de ICA | 4.906.622,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | \$ 277.000 | \$ 277.000 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | \$ 354.500 | \$ 354.500 | 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 | \$ 11.600 | \$ 11.600 | Menos Retención IVA | 0,00 | 15% |
| | | | Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 47.398,00 | 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 | \$ 553.812 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | \$ 837.984 | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | \$ 41.375.460 | \$ 1.085.000 | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 3.751.000 | | | | |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | VALOR A PAGAR | \$5.490.724,00 | |

SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA MIL SETECIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| |
|--|
| Brinde apoyo para la creación y asignación de empresas para la vigencia 2026. |
| Apoyo la expedición de respuesta a PQRS |
| Apoye dos sensibilizaciones de Contrato de Aprendizaje y Regulación de Cuota. |
| Realice seguimiento a solicitudes empresariales del aplicativo CRM |
| Brinde asesoría empresarial por medio de contacto telefónico y correo electrónico |
| Brinde apoyo en la creación del informe de seguimiento a la ejecución semanal de la meta de atención empresas UAEI. |
| Genere respuesta a solicitudes empresariales remitidas por el supervisor del contrato, por medio de correo electrónico |

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

**MAYBRID SOLANGIE SOLER CHAPARRO
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,

**WOLFANG ALBERTO LATORRE MARTINEZ
PROFESIONAL G10**

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
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
DIRECTOR REGIONAL DISTRITO (E)**



Información de la Planilla Pagada

| | |
|--|--|
| Nit de comercio Operador de Información | 900097333-9 |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A. |
| Descripción | Pago de SuAporte |
| Fecha | 2026-04-27, 08:19:52 PM en horario extendido |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | abril de 2026 |
| Periodo de Cotización Para Salud | abril de 2026 |
| Empresa | MAYBRID SOLANGIE SOLER CHAPARRO |
| CEDULA CIUDADANIA | CC 1018434185 |
| Código Sucursal (Nombre) | () |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | 1080791098 |
| Tipo de Planilla | I |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | 258376039 |
| Banco | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| Valor | \$ 643.100 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|-----------------------|--------|------------------------------|------------------|----------------|----------------------|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | \$ 354.500 | \$ 0 |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR | 1 | \$ 277.000 | \$ 0 |
| N860011153 | 14-23 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 1 | \$ 11.600 | \$ 0 |
| SubTotales: | | | | \$ 643.100 | \$ 0 |
| Total a Pagar: | | | | | \$ 643.100 |





| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| PROCESO | | | | | |
| GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | | | | |
| NOMBRE DEL FORMATO | | | | | |
| FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS | | | | | |
| CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN | | | | | |
| Pública | <input checked="" type="checkbox"/> | Pública Clasificada | <input type="checkbox"/> | Pública Reservada | <input type="checkbox"/> |

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 26 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:

| | | | |
|-------------|----------------------|---------------------------------|-------------|
| T.I. | 1.023.389.842 | GABRIELA AMEZQUITA SOLER | 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,

Sol Soler

MAYBRID SOLANGIE SOLER CHAPARRO
C.C. 1018434185

 INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-AGO-2010**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
13-AGO-2028
FECHA DE VENCIMIENTO
16-AGO-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **F**
G S RH SEXO


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VASCA



P-1500150-00933240-F-1023389842-20170821 0057119727A 1 1564576047

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.023.389.842**
AMEZQUITA SOLER
APELLIDOS
GABRIELA
NOMBRES
Gabriela Amezquita
FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50354605

NUIP 1023389842

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaria Número 56 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A 7 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C

Datos del inscrito
Primer Apellido AMEZQUITA Segunda Apellido SOLER

Nombres(s) GABRIELA

Fecha de nacimiento Año 2010 Mes AGO Día 13 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH +

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 Número certificado de nacido vivo 10368503-7

Datos de la madre Apellidos y nombres completos

SOLER CHAPARRO MAYBRID SOLANGIE

Documento de Identificación (Clase y número) C.C.# 1.018.434.185 DE BOGOTA Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre Apellidos y nombres completos

AMEZQUITA BORDA JONNATHAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número) C.C.# 1.022.343.152 DE BOGOTA Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante Apellidos y nombres completos

AMEZQUITA BORDA JONNATHAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número) C.C.# 1.022.343.152 DE BOGOTA 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 2010 Mes SEP Día 07

Nombre y firma del funcionario que autoriza
BERNI FRANCISCO ESCALONA

Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO



