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 SANTANDER

CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**930910**
Fecha Elaboración	**19 de Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**10671-214089**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA LUISA RUIZ PEREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.098.654.540	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mlruiz04@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	02091067563
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**	NO

¿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:	9125321/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**12526**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: SERVICIOS PROFESIONALES Y/O PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACION EN LAS DIFERENTES AREAS DEL PROGRAMA ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA CONFORME A MODELOS FORMATIVOS CSET PL 297D V/R MES $4.737.497

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:**	$ 46.901.220
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	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 225.626	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.963.123**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.937.811**	**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	2.937.811,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9503592556**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.423.023,00	
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 - 8530 - BUCARAMANGA	31.846,00	0,720%
		$		-	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		$ 496.312		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Sobretasa Bomberil	3.185,00	10,000%
Renta Exenta 25%	$ 34.479.550	$ 979.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.738.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.702.466,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS DOS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Certifico que continuo con el proceso de formación grados once en las I.E. asignadas

Certifico que participo de las reuniones propuestas por coordinación académica

Certifico que realice las actas solicitadas con los formatos correspondientes

Certifico que realice la Inducción en los grupos de decimo en las I.E. Asignadas

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

MARIA LUISA RUIZ PEREZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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

Firmado digitalmente por Edward Guerrero
Fecha: 2026.05.11 08:23:00 -05'00'

EDWARD ALBERTO GUERRERO PINEDA
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
NORMAN CARRILLO RAMIREZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

09/05/26 11:03:00 USUARIO: SIC - C.C. 1098654540

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098654540		RUIZ PEREZ MARIA LUISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 10 # 23 A 19 BRR ESPERANZA 2	BUCARAMANGA-SANTANDER	3123371119	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	289638559	9503592556	I	2026/05/12	2026/05/07	BANCOLOMBIA	0	$550,000

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$303,200	$0	$0	$303,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,900	$0	$0	$9,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,900	$0	$0	$9,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$0	$0	$236,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$236,900	$0	$0	$236,900
TOTAL				1	$550,000	$0	$0	$550,000

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bucaramanga, 19 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:

T.I.	**1095316325**	**DYLAN ALEJANDRO RODRIGUEZ RUIZ**	**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,



_____

FIRMA
Nombre: MARIA LUISA RUIZ PEREZ
C.C. 1098654540 de Bucaramanga

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1095316325

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55083662

55083662

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 0 - 3 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 6 1 6

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA-SANTANDER-FLORIDABLANCA

Datos del inscrito

Primer Apellido: RODRIGUEZ

Segundo Apellido: RUIZ

Nombre(s): DYLAN ALEJANDRO

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes JUL Día 19

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

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

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

Número certificado de nacido vivo: 12576953-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RUIZ PEREZ MARIA LUISA

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 1098654540 de BUCARAMANGA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ LEON ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 13850648 de BARRANCABERMEJA

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ LEON ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 13850648 de BARRANCABERMEJA

Firma: X

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 2014 Mes AGO Día 04

Nombre y firma del funcionario que autoriza
Dr. CARLOS ARTURO PADILLA ORTIZ
Notario Tercero del Circulo de
Bucaramanga

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Escaneado con CamScanner