



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 DIRECCION

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	10049-477910

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	DIANA MARYUDY RODRIGUEZ GARCIA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	52.825.997	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	diamaroga@gmail.com	Número de Cuenta:	91264231812
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?			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	9245185/2026	Nº Compromiso SIIF	26026	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar los servicios personales para apoyar la gestión que se adelanta en la atención de la población Víctima - Vulnerable, así como, brindar apoyo logístico y participar en las diferentes jornadas de servicio,				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 22.944.000
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 31.548.000
Valor Bruto Pago:	\$ 2.868.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 20.076.000

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 2.868.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 2.868.000</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 1.554.900</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril	Base retención en la fuente a título de RENTA		TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	9504231365	Base retención en la fuente a título de ICA	1.554.900,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Valor base IVA	2.368.900,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 218.900	\$ 218.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 280.200	\$ 280.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 9.200	\$ 9.200	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	22.884,00	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	\$ 286.800	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 37.927.505	\$ 518.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.554.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$2.845.116,00</b>	

**SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO DIECISEIS PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Brinde atención y orientación laboral a oferentes víctimas del conflicto armado, caracterizando y orientando en el aplicativo.
Se realizó actualización de datos, postulación a vacantes y orientación en el aplicativo, a usuarios asistentes a la feria PCD SUBA
Realice atención presencial a oferentes víctimas del conflicto mediante la actualización de información y postulación a solicitudes
Brinde taller elaboración de hoja de vida y presentación de entrevistas a buscadores de empleo Localidad Martires.
Se dio respuesta a comunicaciones enviadas por los usuarios y empresarios mediante Correo electrónico.
Brinde atención y orientación a usuarios en búsqueda de empleo y ruta de emprendimiento en el marco de la feria sembradores de paz 2
Brinde atención y orientación laboral a población víctima del conflicto armado en el Centro de Encuentro para Paz y la Integración RUU
Participe en reunión de socialización del Protocolo de Accesibilidad Incluyente, convocada por la aeronáutica civil.
Brinde orientación laboral en punto de atención APE en el Centro de formación de Actividad Física y Cultura

**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

**DIANA MARYUDY RODRIGUEZ GARCIA**  
**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,

**JORGE ALEXANDER CAÑON CASTAÑO**  
**PROFESIONAL G03**

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)**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52825997		RODRIGUEZ GARCIA DIANA MARYUDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cara 37# 1A18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4596294	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	283951813	9504231365	I	2026/05/26	2026/05/06	BANCOLOMBIA	0	\$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0
1	CC	52825997	RODRIGUEZ DIANA	230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,750,905	\$9,200	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52825997		RODRIGUEZ GARCIA DIANA MARYUDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cara 37# 1A18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4596294	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	283951813	9504231365	I	2026/05/26	2026/05/06	BANCOLOMBIA	0	\$508,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$508,300</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$508,300</b>	



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 11 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:

<b>T.I.</b>	<b>1013145651</b>	<b>ANDREW SAMUEL SILVA RODRIGUEZ</b>	<b>HIJO</b>
-------------	-------------------	--------------------------------------	-------------

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: Diana Maryudy Rodríguez García

C.C. 52825997

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL  
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

56153270

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**      Indicativo Serial **56153270**

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría     Notaría     Número **49**    Consulado     Corregimiento     Inspección de Policía     Código **A 2 B**

**NOTARIA 53 DE BOGOTA D.C. - COLOMBIA - CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.**

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: **SILVA**      Segundo Apellido: **RODRIGUEZ**

Nombre(s): **ANDREW SAMUEL**

Fecha de nacimiento: Año **2014** Mes **4** Día **10**    Sexo (en letras): **MASCULINO**    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 MEDICO O DE NACIDO VIVO**      Número certificado de nacido vivo: **12791135-2**

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: **RODRIGUEZ GARCIA DIANA MARYUDY**

Documento de Identificación (Clase y número): **CC 52.825.997**      Nacionalidad: **COLOMBIA**

**Datos del padre**

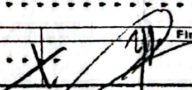

Apellidos y nombres completos: **SILVA MARTINEZ YENSON FRANCISCO**

Documento de Identificación (Clase y número): **CC 79.812.822**      Nacionalidad: **COLOMBIA**

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: **SILVA MARTINEZ YENSON FRANCISCO**

Documento de Identificación (Clase y número): **CC 79.812.822**

Firma:       Huella dactilar: 

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos: \_\_\_\_\_

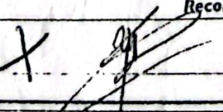

Documento de Identificación (Clase y número): \_\_\_\_\_      Firma: \_\_\_\_\_

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos: \_\_\_\_\_

Documento de Identificación (Clase y número): \_\_\_\_\_      Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de inscripción: Año **2014** Mes **4** Día **14**      Nombre y firma del funcionario que autoriza: **EDUARDO VERGARA WIESNER - NOTARIO**

Reconocimiento paterno:       Huella dactilar:       Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: **EDUARDO VERGARA WIESNER**

**ESPACIO PARA NOTAS**

**14 JUL 2014 - LIBRO DE VARIOS - 252 FOL 258 ACEPTO RECONOCIMIENTO DIANA MARYUDY RODRIGUEZ GARCIA.**

**EMENDADO: NOTARIA 53 DE BOGOTA D.C., COLOMBIA, CUNDINAMARCA BOGOTA D.C. (VALE)**

