



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	62799-000121

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA DEL PILAR SANCHEZ PASTRANA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.075.218.129	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	mdpsanchezp@sena.edu.co	Número de Cuenta:	45546961404
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?			
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:	9061293/2026	Nº Compromiso SIIF	10526	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 BASICAS ASOCIADOS A LA RED DE CONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE PEDAGOGIA INSTITUCIONAL SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO EN EL ÁREA TEMÁTICA DE SALUD Y SEGURIDAD EN				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 32.057.063
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 46.585.387
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 27.319.566

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.737.497		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN 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			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	4649251602	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.777.847,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título 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 II	\$ 19.800	\$ 19.800	Menos Retención 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	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
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

Se ejecutó procesos formativos asignados por la coordinación académica en el formato de Gestión de eventos de este segundo trimestre para las siguientes fichas de los programas de formación: 3169779 SPG, 3404915 ADSO, 3309857 PSO, 3410153 Impresión Offset.
3229697 P. Multimedia, 3405132 Fotografía, 3309856 Impresión Digital.
Se asiste a la reunión de diseño y desarrollo curricular los días 6 y 7 de mayo
Se cumple con la formación de dos cursos complementarios de Seguridad y salud en el trabajo.
Se registra en el aplicativo SOFIA Plus la aprobación del juicio evaluativo a los aprendices de las fichas: 2995992 Multimedia 2847628, 2900013, 2847628, 3147175 asignados por coordinación académica para seguridad y salud en el trabajo.
Se mantiene integridad y buen uso de los equipos, elementos y materiales dispuestos en el ambiente de formación
Se garantiza y hace cumplir lo establecido en el Reglamento del Aprendiz y el Manual de Convivencia.

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 DEL PILAR SANCHEZ PASTRANA
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,

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: 1075218129
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MARIA DEL PILAR SANCHEZ PASTRANA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	GARZON DEPARTAMENTO:	HUILA
DIRECCIÓN:	CR 6 10A-30	TELÉFONO: 7777777
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:	4649251602	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):	2026/05/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996673730

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		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 303.300
SUBTOTAL:			1	\$ 303.300

SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 236.900
SUBTOTAL:			1	\$ 236.900

CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600073361	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	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:	\$ 561.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 561.500

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá D.C., 8 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.	1076506180	SAMUEL POLANCO SANCHEZ	HIJO
-------------	-------------------	-------------------------------	-------------

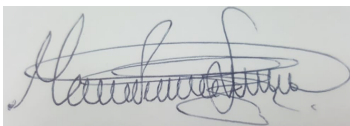
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- **Elija un elemento.** 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: María del Pilar Sánchez Pastrana

C.C. 1075218129 de Neiva.



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

NUIP 1076506180

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40726855

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 02	Consulado <input type="checkbox"/>	Comisariato <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código K 4 W
País - Departamento - Municipio - Corregimiento sin Inspección de Policía						
COLOMBIA HUILA NEIVA. NOTARIA SEGUNDA.-						

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
POLANCO.-		SANCHEZ.-	
Nombre(s)			
SAMUEL.-			
Fecha de nacimiento			
Año	2008	Mes	JUL
Día	15	Sexo (en letras)	
MASCULINO		Estado Civil	
0		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento sin Inspección de Policía)			
COLOMBIA HUILA NEIVA.-			

Tipo de documento antes referido a Dirección de registro

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	NUMERO	50374830-8
----------------------------	--------	------------

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
SANCHEZ PASTRANA MARIA DEL PILAR.-	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C. No. 1.075.218.129 DE NEIVA HUILA.-	
Nacionalidad	
COLOMBIANA.-	

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
POLANCO RIVAS MAURICIO.-	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C. No. 7.722.410 DE NEIVA HUILA.-	
Nacionalidad	
COLOMBIANA.-	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
SANCHEZ PASTRANA MARIA DEL PILAR.-	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C. No. 1.075.218.129 DE NEIVA HUILA.-	
Firma	
<i>[Signature]</i>	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
.....	
Documento de identificación (Clase y número)	
.....	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
.....	
Documento de identificación (Clase y número)	
.....	

Fecha de inscripción

Año	2008	Mes	JUL	Día	22
Reconocimiento paterno					
MAURICIO POLANCO RIVAS.-					
Firma					
<i>[Signature]</i>					

[Circular Stamp: Notaría Segunda de Neiva]

[Circular Stamp: Notaría Segunda de Neiva]

JOSE ALBERTO ROSA GARCIA
Notario Segundo de Neiva

INSCRITO AL LIBRO DE VARIOS TOMO 168 FOLIO 044 DE JULIO 2008

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO