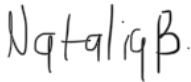
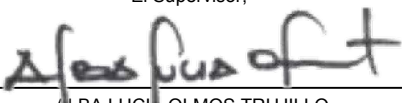


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		11	
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro		920910	
	CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.		Fecha Elaboración		Abril de 2026	
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión		ENERO - 1.26	
			ID de Proceso		14197-667130	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		NATALIA BULLA JARAMILLO		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		1.110.512.830		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		nbulla0@misena.edu.co		Número de Cuenta:		06846195317
IP/Nº de contacto:		3184152941		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						SI
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:						Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						0,00%
DATOS DEL CONTRATO						
Nº del contrato:		9131382/2026	Nº Compromiso SIIF	15826	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA EJECUCION DE LA FORMACIÃ* N PROFESIONAL				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/04/2026	Al	30/04/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 33.794.145
Número de pago		3			Valor Total del Contrato:	\$ 43.111.222
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 29.056.648
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.737.497		Honorarios profesionales a persona declarante de re		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		\$ 2.785.747		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Abril	Marzo	Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.785.747,00
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9502544891	Base retención en la fuente a titulo 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		\$ 9.900	\$ 9.900	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%		\$ 34.479.550	\$ 928.000			0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 1.825.000		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$		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						
ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 5" FICHA 3439142						
ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 5" FICHA 3439143						
ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 5" FICHA 3439144						
ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN Y CIERRE DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 5" FICHA 3439145						
ALISTAMIENTO, ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 1" FICHA 3488309						
ALISTAMIENTO, ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 1" FICHA 3488310						
ALISTAMIENTO, ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 1" FICHA 3488311						
ALISTAMIENTO, ORIENTACIÓN, RETROALIMENTACIÓN DEL CURSO DE COMPLEMENTARIA VIRTUAL "ENGLISH DOES WORK 1" FICHA 3488312						
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						
			NATALIA BULLA JARAMILLO EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,			
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 periodo de cobro;			ALBA LUCIA OLMOS TRUJILLO			
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.			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						
IRMA VICTORIA DEL PILAR HOYOS RODRIGUEZ						
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110512830		BULLA JARAMILLO NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	ESTANCIA DEL VERGEL CASA 59	IBAGUE-TOLIMA	2176487	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	183478978	9502544891	I	2026/04/10	2026/03/31	BANCOLOMBIA	0	\$1,625,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES										
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	lcor	vst	sin	lge	lma	vac	avp	vct	lrl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$5,600,000	\$896,000			\$5,600,000	\$700,000			\$0	\$0			\$5,600,000	\$29,300	\$0	\$0			\$1,625,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$5,600,000	\$896,000			\$5,600,000	\$700,000			\$0	\$0			\$5,600,000	\$29,300	\$0	\$0			\$1,625,300
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)																									\$5,600,000	\$896,000			\$5,600,000	\$700,000			\$0	\$0			\$5,600,000	\$29,300	\$0	\$0			\$1,625,300
1	CC	1110512830	BULLA NATALIA								X											230201	30	\$5,600,000	\$896,000	EP5005	30	\$5,600,000	\$700,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$5,600,000	0.522%	\$29,300	0	\$0	\$0	No	\$1,625,300
Total Afiliados(1)																									\$5,600,000	\$896,000			\$5,600,000	\$700,000			\$0	\$0			\$5,600,000	\$29,300	\$0	\$0			\$1,625,300

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$896,000	\$0	\$0	\$896,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$896,000	\$0	\$0	\$896,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$29,300	\$0	\$0	\$29,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$29,300	\$0	\$0	\$29,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$700,000	\$0	\$0	\$700,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$700,000	\$0	\$0	\$700,000
TOTAL				1	\$1,625,300	\$0	\$0	\$1,625,300



Comprobante en línea

Pago PSE

31 Mar 2026 12:53:27



Pago exitoso

CUS 183478978

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
10.129.7.4

Fecha
31 Mar 2026 12:53:27

Referencia 2
CC

Número de factura
9502544891

Referencia 3
1110512830

Descripción del pago
**Pago de la Planilla de aportes con
clave: 9502544891**

Valor del Pago
\$1.625.300

Número de comprobante
TR1251438978

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 5317**



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 13 de abril de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1104956327	Juan Guillermo Arbelaez Bulla	HIJO
R.C	1105479907	Mateo Arbelaez Bulla	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: Natalia Bulla Jaramillo

C.C. 1.110.512.830

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Libertad y Orden



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA
ADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA

PRIMERA VEZ TI

1.104.956.327



APELLIDOS / NOMBRES

**ARBELAEZ BULLA
JUAN GUILLERMO**

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

20-OCT-2017

IBAGUE - TOLIMA

FECHA DE EXPEDICIÓN

30-OCT-2024

SEXO

MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN

IBAGUE - AUXILIAR DE IBAGUE

OFICINA DE ENTREGA

IBAGUE - AUXILIAR DE IBAGUE

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.



**ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO
HASTA EL 30-ABR-2025**

**8513404537
30-OCT-2024**



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

62456278

NUIP 1105479907

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 9 5 60

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido
ARBELAEZ

Segundo Apellido
BULLA

Nombre(s)

MATEO

Fecha de nacimiento

Año 2 0 2 3 Mes M A Y Día 1 9

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

23054310474413

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

BULLA JARAMILLO NATALIA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 1110512830

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

ARBELAEZ OSORIO JUAN MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 1110523536

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARBELAEZ OSORIO JUAN MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 1110523536

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 2 0 2 3 Mes M A Y Día 2 5

Nombre y firma del funcionario que autoriza

BLADIMIRO MOLINA VERGEL

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 -

C cadena sa