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 ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**912210**
Fecha Elaboración	**18 de Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**44395-477683**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GLORIA LUCIA NIÑO RIVERA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	37.555.923	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	glnino@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	79600007151
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:	9167191/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**13426**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES PARA DESARROLLAR PROCESOS FORMACION PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA MEDIA PARA ESTUDIANTES DE EDUCACION MEDIA DE CONFORMIDAD MODELOS PEDAGOGICOS Y LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES -AGRICOLA PL 8M Y 23D VR MES $4.737.497

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026 Al 30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 33.162.479
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 41.532.057
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	$ 147.589	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.885.086**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.877.677**	**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	2.877.677,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9501829270**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.885.086,00	
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	II	$ 19.800	$ 19.800	Reteica - 8530 - PIEDECUESTA	14.655,00	0,300%
		$		-	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		$ 488.509		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 31.031.595	$ 959.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.614.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.722.842,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIDOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACIÓN DEL TECNICO SISTEMA AGROPECUARIOS ECOLOGICOS FICHA 3168833 , PROGRAMA ARTICULACION CON LA MEDIA.

IMPARTIR FORMACIÓN DEL TECNICO SISTEMA AGROPECUARIOS ECOLOGICOS FICHA 3177077 , PROGRAMA ARTICULACION CON LA MEDIA.

IMPARTIR FORMACIÓN DEL TECNICO SISTEMA AGROPECUARIOS ECOLOGICOS FICHA 3463452 , PROGRAMA ARTICULACION CON LA MEDIA.

CONSOLIDAR Y ENTREGAR LOS REGISTROS ACADÉMICOS, AVANCES Y RESULTADOS DE APRENDIZAJE ALCANZADOS POR LOS GRUPOS ASIGNADOS, CON LAS EVIDE

PRESENTAR UN INFORME MENSUAL CONSOLIDADO DE EJECUCIÓN

APOYAR TÉCNICAMENTE EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS ASOCIADAS A PROYECTOS FORMATIVOS

ACOMPAÑAR TÉCNICAMENTE ACTIVIDADES DE SOCIALIZACIÓN DE PROYECTOS FORMATIVOS DESARROLLADOS POR LOS APRENDICES

APLICAR EN LA RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS REALES DEL SECTOR PRODUCTIVO, LOS CONOCIMIENTOS.

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

GLORIA LUCIA NIÑO RIVERA
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,

EDWIN GERSON MONTAÑEZ GONZALEZ
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
ROSA INES BAEZ OVIEDO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

16/04/26 19:29:02 USUARIO: SIC - C.C. 37555923

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 de abril 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.	1031542295	**GISELLE DANIELA MORENO NIÑO**	1031542295

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: GLORIA LUCIA NIÑO RIVERA
C.C. 37555923

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1031542295

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33872716

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 23 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A X I

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORENO	NIÑO

Nombre(s): GISELLE DANIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes OCT Día 29	FEMENINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51483403-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: NIÑO RIVERA GLORIA LUCIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 37.555.923 DE BUCARAMANGA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MORENO ARCINIEGAS EDINSON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 13.715.693 DE BUCARAMANGA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: NIÑO RIVERA GLORIA LUCIA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. # 37.555.923 DE BUCARAMANGA	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2008 Mes OCT Día 18	NOTARIA 23 BOGOTA D.C. ENRIQUE BONIVENTO JOHNSON
	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 -

LA *NOTARIA VEINTITRES (23) DE BOGOTA*

Hace constar, que esta fotocopia es auténtica, que fue tomada de su ***ORIGINAL*** que reposa en el archivo de registro civil de ***NACIMIENTO*** de esta notaria y se expide conforme a los Art. 114 y 115 del Decreto Ley 1260 de 1.970, a solicitud del interesado a (22) de Julio del 2019. LAS COPIAS DE REGISTRO CIVIL NO TIENEN FECHA DE VENCIMIENTO ART. (2do.) ***DECRETO (2189) DE 1.983***

aportes en línea

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 37555923		NIÑO RIVERA GLORIA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 18 1D-12 PIE DE CUESTA	PIEDECUESTA-SANTANDER	6067160	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	219878632	9501829270	I	2026/04/09	2026/04/13	BANCOLOMBIA	4	$561,600

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,895,000	$303,200			$1,895,000	$236,900			$0	$0			$1,895,000	$19,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,895,000	$303,200			$1,895,000	$236,900			$0	$0			$1,895,000	$19,800		$0	$0
Ciudad: PIEDECUESTA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,895,000	$303,200			$1,895,000	$236,900			$0	$0			$1,895,000	$19,800		$0	$0
1	CC	37555923	NIÑO GLORIA	25-14	30	$1,895,000	$303,200	EPS002	30	$1,895,000	$236,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,895,000	$19,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,895,000	$303,200			$1,895,000	$236,900			$0	$0			$1,895,000	$19,800		$0	$0

aportes en línea

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 37555923		NIÑO RIVERA GLORIA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 18 1D-12 PIE DE CUESTA	PIEDECUESTA-SANTANDER	6067160	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	219878632	9501829270	I	2026/04/09	2026/04/13	BANCOLOMBIA	4	$561,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$303,200	$900	$0	$304,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$303,200	$900	$0	$304,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,800	$100	$0	$19,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,800	$100	$0	$19,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$700	$0	$237,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$236,900	$700	$0	$237,600
TOTAL				**1**	**$559,900**	**$1,700**	**$0**	**$561,600**