



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 GUAINÍA  
DESPACHO REGIONAL-EMPREDIMIENTO

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

Código Regional	94
Código Centro	101094
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	97534-666060

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	YADIRA URREA BAUTISTA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.121.716.104	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	yurrea@sena.edu.co	Número de Cuenta:	84129168411
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?			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:	8977010/2026	Nº Compromiso SIIF	826	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	RESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SENA Y A LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES DE EMPREDIMIENTO, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DE LA COORDINACIÓN NACIONAL				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 41.094.667
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 57.868.000
Valor Bruto Pago:	\$ 5.032.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 36.062.667

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

Ingresos por honorarios	\$ 5.032.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 5.032.000</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.958.500</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril			TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	9503247101	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.958.500,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.012.800	\$ 2.012.800	Base retención en la fuente a título de ICA	5.032.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 251.600	\$ 251.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 322.100	\$ 322.100	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	\$ 10.600	\$ 10.600	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - PTO INIRIDA	50.320,00	1,000%
				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	\$ 503.200		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 986.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.293.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.981.680,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE**

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

Durante el mes de mayo de 2026 ejecuté actividades orientadas al fortalecimiento de la Ruta Emprendedora y al cumplimiento de las metas regionales de emprendimiento. Brindé asesoría, formulación, formalización y acompañamiento técnico a los proyectos 121017 – Sembrando Raíces, 119620 – Centro Recreacional y Ecoturístico de Aguas Amazónicas Caño Bonito, 119059 – Cooperativa Multiactiva Campesina y Economía Popular de la Amazonía Colombiana, 118955 – Hola Celebraciones, 118897 – Jungle Training Academy, 115408 – Cafetería El Rincón del Aprendiz, 113949 – NIMA Café Brunch, 110605 – Sal y Pimienta Fusión Gourmet SAS, 108894 – Organic Market, 108553 – Memorias en la Piel y 99649 – Gastrobar Tierra Viva. Asimismo, realicé seguimiento a la puesta en marcha del proyecto 95538 – Centro Resolutivo Diagnóstico C.R.D. y a cuatro OFF registradas. Participé en la feria "Sembradores de Paz", reuniones de seguimiento y actividades SGST, además de apoyar la estrategia "Guainía Teje Empresa".

**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

**YADIRA URREA BAUTISTA  
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,

**PATINO HERNANDEZ RUBY  
PROFESIONAL G02**

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  
FERNANDO GONZÁLEZ TORRES  
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121716104		URREA BAUTISTA YADIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VEREDA APIAI STR EL BOSQUE	VILLAVICENCIO-META	3219661517	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	250325682	9503247101	I	2026/05/05	2026/04/24	BANCOLOMBIA	0	\$622,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte							
<b>Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>					\$2,012,800	\$322,100			\$2,012,800	\$251,600				\$0	\$0			\$2,012,800	\$49,100			\$0	\$0						
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,012,800	\$322,100			\$2,012,800	\$251,600				\$0	\$0			\$2,012,800	\$49,100			\$0	\$0						
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META ( 1 Afiliados)					\$2,012,800	\$322,100			\$2,012,800	\$251,600				\$0	\$0			\$2,012,800	\$49,100			\$0	\$0						
1	CC	1121716104	URREA YADIRA	25-14	30	\$2,012,800	\$322,100	EPS037	30	\$2,012,800	\$251,600		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,012,800	\$49,100	0	\$0	\$0							
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$2,012,800	\$322,100			\$2,012,800	\$251,600				\$0	\$0			\$2,012,800	\$49,100			\$0	\$0						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121716104		URREA BAUTISTA YADIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VEREDA APIAI STR EL BOSQUE	VILLAVICENCIO-META	3219661517	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	250325682	9503247101	I	2026/05/05	2026/04/24	BANCOLOMBIA	0	\$622,800	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$322,100	\$0	\$0	\$322,100	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$322,100	\$0	\$0	\$322,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$49,100	\$0	\$0	\$49,100	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$49,100	\$0	\$0	\$49,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$251,600	\$0	\$0	\$251,600	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$251,600	\$0	\$0	\$251,600	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$622,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$622,800</b>	



<b>PROCESO</b>			
<b>GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS</b>			
<b>NOMBRE DEL FORMATO</b>			
<b>FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS</b>			
<b>CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>			
Pública	<input checked="" type="checkbox"/>	Pública Clasificada <input type="checkbox"/>	Pública Reservada <input type="checkbox"/>

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 16 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>NUIP - NIP</b>	<b>1123454278</b>	<b>JOSE MIGUEL BUELVAS URREA</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: YADIRA URREA BAUTISTA

C.C. 1121716104 DE INIRIDA



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

62449585

NUIP 1123454278

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	<input type="checkbox"/>	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Número	<input type="checkbox"/>	Consulado	<input type="checkbox"/>
Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>	Código	X	9	H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO NOTARIA 3 VILLAVICENCIO * * * * *							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
BUELVAS * * * * *		URREA * * * * *	
Nombre(s)			
JOSE MIGUEL * * * * *			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	2 0 2 3	Mes	S E P
Día	1 9	MASCULINO	O
Factor RH			
POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO * * * * *			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *	526492608 * * * *

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	
URREA BAUTISTA YADIRA * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1121716104 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

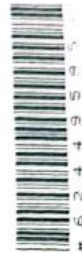
Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
BUELVAS DIMATE JHON FREDY * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1121712871 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
BUELVAS DIMATE JHON FREDY * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1121712871 * * * * *	Jhon Fredy B D

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	2 0 2 3
Mes	S E P
Día	2 2



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -