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 INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **922510** |
| **Fecha Elaboración** | **19 de Mayo de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **68533-915770** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | HERNANDO ROA ARDILA | **Banco a consignar:** | AV VILLAS |
| **Cédula de Ciudadanía** | 91.281.598 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | hroa@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 907024954 |
| **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** | 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:** | Ninguno |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 9058318/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **11526** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 10 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES PARA ORIENTAR Y DESARROLLAR PROCESOS DE FORMACION EN EL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA MEDIA DE CONFORMIDAD CON LOS PROGRAMAS DE FORMACION ESTABLECIDOS POR EL CIDM PROGRAMACION DE SOFTWARE PL 290D VR MES $4.737.480 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/05/2026** | **Al** | **31/05/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 32.214.864 |
| **Número de pago** | **4** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 45.795.640 |
| **Valor Bruto Pago:** | | **$ 4.737.480,00** | | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 27.477.384 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.737.480 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.737.480** | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.785.732** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Mayo | Abril | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.785.732,00 | TARIFA |
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **9504215055** | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.737.480,00 | |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.894.992 | $ 1.894.992 | 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 I | | $ 9.900 | $ 9.900 | Reteica - 8299 - FLORIDABLANCA | 28.425,00 | 0,600% |
| | | $ | | - | 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 | | $ 473.748 | | 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. | $ 2.653.000 | | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | | **VALOR A PAGAR** | **$4.709.055,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se impartió Formación en las siguientes fichas

3147564 Sistemas Teleinformáticos IE Colegio Gabriel García Marquez Miércoles y Viernes Jornada tarde.

3412829 Sistemas Teleinformáticos IE Colegio Gabriel García Marquez Martes y Jueves Jornada tarde.

Acompañamiento y seguimiento etapa productiva a colegios privados, grados 10 11.

3158130 grado 10 y 3421843 grado 11 Colegio Cristiano Camino a EMAUS.

3158131 grado 10 y 3421833 grado 11 Colegio Adventista La Libertad.

3158132 grado 10 y 3421835 grado 11 Colegio Metropolitano Real de Minas.

Asistencia a reuniones según lo requiera el CIDM

**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



**HERNANDO ROA ARDILA**
**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,



**JAVIER DIAZ DIAZ**
**INSTRUCTOR G18**

**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**
**WILSON BASTOS DELGADO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

13/05/26 21:30:51 USUARIO: SIC - C.C. 91281598

# 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 91281598 | | ROA ARDILA HERNANDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CONJUNTO ARAWAC TRR 2 AP 801 | FLORIDABLANCA-SANTANDER | 3209018732 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-05 | 2026-05 | 285672081 | 9504215055 | I | 2026/06/24 | 2026/05/06 | BANCO AV VILLAS | 0 | $550,000 |

**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)** | | | | | $1,894,992 | $303,200 | | | $1,894,992 | $236,900 | | | $0 | $0 | | | $1,894,992 | $9,900 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,894,992 | $303,200 | | | $1,894,992 | $236,900 | | | $0 | $0 | | | $1,894,992 | $9,900 | | $0 | $0 |
| Ciudad: FLORIDABLANCA Depto: SANTANDER ( 1 Afiliados) | | | | | $1,894,992 | $303,200 | | | $1,894,992 | $236,900 | | | $0 | $0 | | | $1,894,992 | $9,900 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 91281598 ROA HERNANDO | 25-14 | 30 | $1,894,992 | $303,200 | EPS005 | 30 | $1,894,992 | $236,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,894,992 | $9,900 | 0 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $1,894,992 | $303,200 | | | $1,894,992 | $236,900 | | | $0 | $0 | | | $1,894,992 | $9,900 | | $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 91281598 | | ROA ARDILA HERNANDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CONJUNTO ARAWAC TRR 2 AP 801 | FLORIDABLANCA-SANTANDER | 3209018732 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-05 | 2026-05 | 285672081 | 9504215055 | I | 2026/06/24 | 2026/05/06 | BANCO AV VILLAS | 0 | $550,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $303,200 | $0 | $0 | $303,200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $303,200 | $0 | $0 | $303,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $9,900 | $0 | $0 | $9,900 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $9,900 | $0 | $0 | $9,900 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $236,900 | $0 | $0 | $236,900 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $236,900 | $0 | $0 | $236,900 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$550,000** | **$0** | **$0** | **$550,000** |

| PROCESO | | | |
|---|---|---|---|
| GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | | |
| **NOMBRE DEL FORMATO** | | | |
| **FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS** | | | |
| **CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN** | | | |
| Pública | X | Pública Clasificada | | Pública Reservada | |

**Junio 2025**

**Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol**

## INSTRUCCIONES

**Generalidades:**

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 19 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.** | **1142720416** | **SAMANTHA SOFÍA ROA PEREA** | **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: ___HERNANDO ROA ARDILA_____
C.C. ____91281598_____

***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<br>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<br>Certificado de Medicina Legal |

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**NUIP** 1142720416

**Indicativo Serial** 52501642

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

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** DUH

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ROA ********** | PEREA ********** |

Nombre(s)

SAMANTHA SOFIA **********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2012 Mes NOV Día 11 | Femenino | B | Positivo |

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 11543351-0 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos

PEREA BARRIOS JEIMMY CRISTINA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.63.546.268 | COLOMBIANA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos

ROA ARDILA HERNANDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.281.598 | COLOMBIANO |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

ROA ARDILA HERNANDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.281.598 | |

*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 2012 Mes NOV Día 13 | LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA<br>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 -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 860.125.457-5 TEL. 430 2100

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO
La garantía de la fe pública

Notaría 2 Floridablanca

YO **JEIMMY CRISTINA PEREA BARRIOS** -------
SOLICITO COPIA DEL ACTA DEL REGISTRO DE NACIMIENTO DE **SAMANTHA SOFIA ROA PEREA** ----------
QUIEN SE HALLA INSCRITO EN ESTA NOTARIA BAJO EL SERIAL: 52501642 IMPRESION DE LOS DATOS ESPECIFICOS MENCIONADOS EN EL ART. 52 DEC 1260/70, ME OBLIGO A NO HACER USO DISTINTO DE DICHA COPIA DE CONFORMIDAD CON LOS ARTS 55 Y 115 DEL DEC CITADO Y ART 1º DEL DEC 278/72----------

**FIRMA:** _____

PARENTESCO: MADRE ----- C.C 63.546.268 ------

DE: B/MANGA **PARA:** TRAMITES LEGALES ----

EL NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE FLORIDABLANCA. 18 SEP 2013

**CERTIFICA**

QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA.

_____

*LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA*
Notario Segundo del Circulo de Floridablanca

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPTO. DE SANTANDER
NOTARIA SEGUNDA DE FLORIDABLANCA