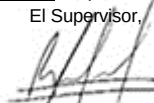


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	76	
	REGIONAL VALLE		Código Centro	954310	
	CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE		Fecha Elaboración	Mayo de 2026	
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 1,26	
			ID de Proceso	43332-971768	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: MARIA ANDREA GIRALDO DIAZ		Banco a consignar:			
Cédula de Ciudadanía 36.301.807		Tipo de cuenta:			
Correo electrónico: maagiraldod@sena.edu.co		Número de Cuenta:			
IP/Nº de contacto: 0		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:	9009622/2026	Nº Compromiso SIIF	4426	Número de pagos durante la vigencia del contrato	7
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.9009622 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, ÁREA TEMÁTICA Y LINEAMIENTOS DE (SIGA), EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADA Y /O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL O V				
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 16.360.400
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 28.630.700
Valor Bruto Pago:	\$ 4.090.100,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 12.270.300
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 4.090.100	Ninguno		0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.090.100			\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.379.790	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Mayo	Abril	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.379.790,00 TARIFA		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Base retención en la fuente a título de ICA 3.591.000,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 218.900	\$ 218.900	Valor base IVA 0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 280.200	\$ 280.200	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	\$ 9.200	\$ 9.200	Menos Retencion IVA 0,00 15%		
	\$		Reteica - 8560 - CARTAGO 7.182,00 0,200%		
	\$		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	\$ -		Pro-UCEVA 20.451,00 0,500%		
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Universidad del Pacifico 0,00 0,500%		
Intereses Préstamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%		
Dependientes hasta	\$ 409.010		Otras Retenciones 0,00 0,000%		
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%		
Renta Exenta 25%	\$ 24.135.685	\$ 793.000	0,00		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.379.000		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00		
Retención en la Fuente Contingente	\$		VALOR A PAGAR \$4.062.467,00		
SON: CUATRO MILLONES SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Prestación de Servicios Personales para Impartir Formación Profesional Integral de Acuerdo con la Red de Conocimiento.					
Competencias:					
210601023 - Coordinar actividades de acuerdo con estrategias de gestión y proceso administrativo.					
280301200. Programar proyectos según especificaciones técnicas y métodos de planeación.					
Atender fichas de formación asignadas 3070490 - 3070491 - 3118453, 3186118, 3388741, 3388742 y 3388743.					
Correspondientes a la formación de: GESTIÓN AGROEMPRESARIAL					
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:					
1. Cumpli 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 ANDREA GIRALDO DIAZ 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.		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;			El Supervisor.		
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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.			WILFRED FERNANDO VALERO CARDENAS INSTRUCTOR G10		
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 JOSE MURIEL ANDRADE					
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																																							
Identificación			dv	Razon Social								Clase Aportante					Sucursal Principal				Direccion				Ciudad-Departamento				Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																								
CC 36301807				GIRALDO DIAZ MARIA ANDREA								INDEPENDIENTE					PRINCIPAL				Cll 4g No 84b - 85 apt 1148 torre 1				MEDELLIN-ANTIOQUIA				3212810170		Si																								
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	270682440				9503232277				I		2026/05/05		2026/05/04		BANCOLOMBIA				0			\$508,300																															
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																							
EMPLEADO				NOVEDADES												PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS						PARAFI																					
No.	Identificación	Nombre		ing	ret	de	tae	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC		Aporte		Codigo	Dias	IBC		Aporte		Codigo	Dias	IBC		Aporte		Codigo	Dias	IBC		Tarifa	Aporte		Dias	IBC		A							
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																\$1,750,905		\$280,200				\$1,750,905		\$218,900				\$0		\$0				\$1,750,905		\$9,200		\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																\$1,750,905		\$280,200				\$1,750,905		\$218,900				\$0		\$0				\$1,750,905		\$9,200		\$0	
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)																																\$1,750,905		\$280,200				\$1,750,905		\$218,900				\$0		\$0				\$1,750,905		\$9,200		\$0	
1	CC	36301807	GIRALDO MARIA																	230301	30	\$1,750,905		\$280,200		EPS005	30	\$1,750,905		\$218,900			0	\$0		\$0		14-23	30	\$1,750,905		0.522%	\$9,200		0	\$0									
Total Afiliados (1)																																\$1,750,905		\$280,200				\$1,750,905		\$218,900				\$0		\$0				\$1,750,905		\$9,200		\$0	

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$508,300	\$0	\$0	\$508,300



PROCESO		
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública ☐	Pública Clasificada ☐	Pública Reservada ☐

Junio 2025

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol



INSTRUCCIONES

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar 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, 31 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 párrafo 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.	1031941736	Juliana Andrea Giraldo Díaz	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: María Andrea Giraldo Díaz

C.C. 36301807

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 1031941736

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41870193

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	
☐	☒	06	☐	☐	☐	006	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA		ANTIOQUIA		MEDELLIN			

Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
GIRALDO				GIRALDO			
Nombre(s)							
JULIANA ANDREA							
Fecha de nacimiento							
Año	2008	Mes	DIC	Día	27	Sexo (en letras)	FEMENINO
Grupo Sanguíneo		Factor RH					
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)							
COLOMBIA		ANTIOQUIA		MEDELLIN			

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos		Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO		51447639-1

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
GIRALDO DIAZ MARIA ANDREA	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C NRO. 36.301.807 DE NEIVA	
Nacionalidad	
COLOMBIANA	

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
GIRALDO ATEHORTUA CESAR AUGUSTO	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C NRO. 7.547.088 DE ARMENIA	
Nacionalidad	
COLOMBIANO	

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
GIRALDO ATEHORTUA CESAR AUGUSTO	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C NRO. 7.547.088 DE ARMENIA	
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		Nombre y firma del funcionario que autoriza	
Año	2009	Mes	ENERO
Día	06	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 —