

SENA
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

Código Centro951310

Fecha ElaboraciónMayo de 2026

VersiónENERO - 1,26

ID de Proceso85532-532368

REGIONAL CUNDINAMARCA
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	FRANCISCO JAVIER SANCHEZ PATARROYO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	79.720.262	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	fjsanchezp@sena.edu.co	Número de Cuenta:	68987050351
IP/Nº de contacto:	3134127298	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:	8983034/2026	Nº Compromiso SIIF	10626	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS QUE CONFORMAN LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 24.477.068
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 38.215.809
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 19.739.571

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Ninguno	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 PAGARTable| | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | ----- | Mayo | Abril | Base retención en la fuente a título de RENTA2.785.747,00TARIFA4.197.397,00 Base retención en la fuente a titulo de ICAVal base IVAAIVAs Si es RESPONSABLEMenos Retención en la FuenteMenos Retencion IVAReiteica - 8299 - CHIAOtras RetencionesOtras RetencionesOtras RetencionesOtras RetencionesOtras RetencionesDescuentos de embargo Si tieneVALOR A PAGAR\$4.703.918,00 | |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 1.894.999 | \$ 1.894.999 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | \$ 236.900 | \$ 236.900 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | \$ 303.200 | \$ 303.200 | |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | \$- | \$0 | |
| ARL | I | \$ 9.900 | \$ 9.900 |
| | \$ | | |
| | \$ | | |
| | \$ | | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | \$- | - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | \$- | - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | \$- | - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | \$- | - | |
| Dependientes hasta | \$ 473.750 | | |
| Salud hasta | \$ 837.984 | \$- | |
| Renta Exenta 25% | \$31.031.595 | \$ 928.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 2.688.000 | | |
| Retención en la Fuente Contigente | \$ | | |

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTEACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orienté formación en Fichas: 3409981 - 3410922 - 3471577 - 3399563

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFIICO, 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

Javier SP.
Francisco Javier Sanchez PatarroyoEl Contratista

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATOEn 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 SupervisorSergio Inibal Ortegón BedoyaInstructor G17

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:EL ORDENADOR DEL PAGOGerman Raimundo Robayo CruzSubdirector de Centro G02(E)

PAGADO 29/04/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FRANCISCO JAVIER SANCHEZ PATARROYO		
Documento	CC79720262	Dirección	CL 67A #65 A - 04 BARRIO JJVARGAS
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3099153
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USV	IGE	UMA	UAP	UAP	UCL	IMP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 79720262	FRANCISCO JAVIER SANCHEZ PATARROYO	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.894.999	\$ 303.200	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.894.999	\$ 236.900	0,522	\$ 1.894.999	\$ 9.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 550.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	\$ 0	\$ 303.200	\$ 236.900	\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 550.000	\$ 0	\$ 550.000

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1





FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Chía, mayo 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.	1019606965	VALENTINA SANCHEZ SALAZAR	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,

Nombre: FRANCISCO JAVIER SANCHEZ PATARROYO
C.C. 79.720.262 DE BOGOTÁ

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.019.606.965**

SANCHEZ SALAZAR

APELLIDOS

VALENTINA

NOMBRES

valentina sánchez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-SEP-2008**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

02-SEP-2026

FECHA DE VENCIMIENTO

05-OCT-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A+

G S RH

F

SEXO

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00758701-F-1019606965-20151029

0047243526A 2

1633611360