



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	14 de Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	20973-823492

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	LEIDY DIANA DIAZ PATIÑO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	63.547.550	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	leidydianadiaz@gmail.com	Número de Cuenta:	29174198282
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:	8931790/2026	Nº Compromiso SIIF	1026	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST: SERVICIOS PERSONALES COMO APOYO ADMINISTRATIVO A LA EJECUCION DEL PLAN DE ACCION DE LOS LABORATORIOS DEL CENTRO DE FORMACION PL 11 MESES VR MES \$4.500.000				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 35.550.000
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 49.500.000
Valor Bruto Pago:	\$ 4.500.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 31.050.000

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

Ingresos por honorarios	\$ 4.500.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.500.000</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.638.200</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril	Base retención en la fuente a título de RENTA		TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	6013820376	Base retención en la fuente a título de ICA	2.638.200,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.800.000	\$ 1.800.000	Valor base IVA	4.500.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 225.000	\$ 225.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 288.000	\$ 288.000	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL II	\$ 18.800	\$ 18.800	Reteica - 8211 - PIEDECUESTA	22.500,00	0,500%
	\$ -	\$ -		0,00	0%
	\$ -	\$ -		0,00	0%
	\$ -	\$ -		0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	\$ 450.000	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 880.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.640.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.477.500,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE**

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

Envío oportuno de la información requerida por la líder de competitividad, conforme a los lineamientos establecidos.
Actualización del formato FO-GP-03 V01 declaración de confiabilidad
Acompañamiento en la actualización de la información de los proyectos tecnológicos
Se brinda atención y orientación a clientes externos de los servicios del laboratorio.
Se realiza participación en video conferencia de medios Impacto del mal tratamiento de datos personales
Durante la vigencia se aportan los informes requeridos Apoyo en la elaboración de estudio de mercado en el formato designado para tal
Socialización de servicios del laboratorio de calidad de cacao en la feria agroindustrial Cenfer

**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

**LEIDY DIANA DIAZ PATIÑO  
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,

**YESENIA LIZETH DUARTE MEZA  
PROFESIONAL G04**

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)**

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	63547550	NÚMERO PLANILLA:	<b>6013820376</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	LEIDY DIANA DIAZ PATINO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CLL 68 N° 8 -02	TELÉFONO:	SANTANDER	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	269737583
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	6092503	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/04		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 288.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 288.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 288.000</b>

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS046	EPS046-SALUD MIA EPS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 225.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 225.000	\$ 0	\$ 0	\$ 225.000
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 225.000</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 225.000</b>	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO			
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 18.800	\$ 18.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 18.800	\$ 0	\$ 0	\$ 18.800
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 18.800</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 18.800</b>	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL					PARAFISCALES																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP					CCF												
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 63547550	LEIDY DIANA DIAZ PATINO	I-INDEPENDIENTE		\$ 1.800.000				NO																25-14 COLPENSIONES	30	1.800.000	\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 288.000	EPS046-SALUD MIA EPS	30	1.800.000	\$ 225.000	\$ 0	\$ 225.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.800.000	\$ 63547550	\$ 18.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 531.800**



## **FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Piedecuesta, 13 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>1097153004</b>	<b>SARA LUCÍA ACUÑA DÍAZ</b>	<b>HIJO</b>
<b>NUIP - NIP</b>	<b>1097161221</b>	<b>SAMUEL DAVID ACUÑA DÍAZ</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,

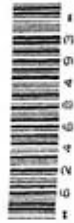
Leidy Diana Díaz Patiño  
C.C. 63.547.550 de Bucaramanga



**REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**  
**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **62468493**

NUIP **1097153004**



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

Registraduría  Notaría  Número **07** Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código **Q 5 E**

**País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía**  
**COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA**

**Datos del inscrito**

Primer Apellido **ACUÑA** Segundo Apellido **DIAZ**

Nombre(s) **SARA LUCIA**

Fecha de nacimiento: Año **2023** Mes **MAR** Día **13** Sexo (en letras) **Femenino** Grupo sanguíneo **A** Factor RH **Positivo**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)  
**COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA**

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos **CERTIFICADO DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo **23036010376584**

**Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los declarantes para el primer apellido del inscrito)**

Apellidos y nombres completos **DIAZ PATIÑO LEIDY DIANA**

Documento de Identificación (Clase y número) **CC NRO.63.547.550** Nacionalidad **COLOMBIANA**

**Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los declarantes para el segundo apellido del inscrito)**

Apellidos y nombres completos **ACUÑA MALDONADO JHON JAIRO**

Documento de Identificación (Clase y número) **CC NRO. 1.098.603.445** Nacionalidad **COLOMBIANO**

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos **ACUÑA MALDONADO JHON JAIRO**

Documento de Identificación (Clase y número) **CC NRO. 1.098.603.445**

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: Año **2023** Mes **MAR** Día **14**

Nombre y firma del funcionario que autoriza **HECTOR ELIAS ARIZA FELASCO**  
 NOTARIO PÚBLICO DEL CÍRCULO DE BUCARAMANGA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno: Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: **17 MAR 2023**

**ESPACIO PARA NOTAS**

JSS

CONTROLES PARA LA OFICINA DE REGISTRO

C-00000044



La suscrita **ELIZABETH MANCIPE PICO**  
Notaria Séptima Encargada del Círculo de  
Bucaramanga  
En virtud al Decreto 1260 de 1970  
**Certifica:**  
Que la presente fotocopia de registro civil de  
NACIMIENTO  MATRIMONIO  DEFUNCION   
fue tomada del original que reposa en los  
archivos de esta Notaría y fue solicitada  
personalmente por Juan Acuña  
identificado(a) con CC  PS  CE  TI   
numero 128603415 y cuyo  
parentesco con el inscrito es Padre  
**17 MAR 2023**  
Bucaramanga, \_\_\_\_\_

**ELIZABETH MANCIPE PICO**  
NOTARIA SÉPTIMA DEL CÍRCULO DE BUCARAMANGA



**REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**  
**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **63140976**

NUIP **1097161221**



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

Registraduría  Notaría  Número **07** Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código **Q 5 E**

País - Departamento - Municipio - Corregimiento sin Inspección de Policía  
**COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA**

**Datos del inscrito**

Primer Apellido **ACUÑA** Segundo Apellido **DIAZ**

Nombre(s) **SAMUEL DAVID**

Fecha de nacimiento: Año **2025** Mes **NOV** Día **04** Sexo (en letras) **Masculino** Grupo sanguíneo **A** Factor RH **Positivo**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento sin Inspección)  
**COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA**

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos **CERTIFICADO DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo **25116810375044**

**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 **DIAZ PATIÑO LEIDY DIANA**

Documento de identificación (Clase y número) **CC NRO.63.547.550** Nacionalidad **COLOMBIANA**

**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 **ACUÑA MALDONADO JHON JAIRO**

Documento de identificación (Clase y número) **CC NRO. 1.098.603.445** Nacionalidad **COLOMBIANO**

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos **ACUÑA MALDONADO JHON JAIRO** Fecha **1-0 NOV 2025**

Documento de identificación (Clase y número) **CC NRO. 1.098.603.445**

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)



**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción: Año **2025** Mes **NOV** Día **05**

Nombre y firma del funcionario que autoriza **ELIZABETH MANCIPE PICO**

Reconocimiento paterno: Firma \_\_\_\_\_ Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento \_\_\_\_\_

**ESPACIO PARA NOTAS**

JSS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Columbiana



La suscrita **BLANCA LUCIA RAMIREZ DUEÑAS**  
Notaria Séptima Encargada del Círculo de  
Bucaramanga  
En virtud al Decreto 1260 de 1970  
**Certifica:**  
Que la presente fotocopia de registro civil de  
NACIMIENTO  MATRIMONIO  DEFUNCION   
fue tomada del original que reposa en los  
archivos de esta Notaría y fue solicitada  
personalmente por Juan Jairo Acuña  
identificado(a) con CC  PS  CE  TI.   
numero 1.098.803.445 y cuyo  
parentesco con el inscrito es padre  
Bucaramanga, **1.0 NOV 2025**

**BLANCA LUCIA RAMIREZ DUEÑAS**  
NOTARIA SÉPTIMA (E) DEL CÍRCULO DE BUCARAMANGA