



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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO METALMECÁNICO- BTÁ D.C.

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

| | |
|-------------------|--------------|
| Código Regional | 11 |
| Código Centro | 921410 |
| Fecha Elaboración | Mayo de 2026 |
| Versión | ENERO - 1,26 |
| ID de Proceso | 52020-313266 |

DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|--|-----------------------|---|-----------------|
| Nombres y apellidos: | ALEIDA MANCIPE MARTIN | Banco a consignar: | BANCO COLPATRIA |
| Cédula de Ciudadanía | 52.811.779 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | amancipem@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 4542216102 |
| IP/Nº de contacto: | 12129 | 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? | | | |
| Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600 | | | |
| 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) | | | |
| ¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente? | | | |
| Concepto del pago corresponde a: | | | |
| TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. | | | |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--|--|--------------------|------|--|----|
| Nº del contrato: | 9213416/2026 | Nº Compromiso SIIF | 8826 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | INSTRUCTORES PRESTAR SERVICIOS EN IMPARTIR FORMACION EN LOS PROGRAMAS OFERTADOS FORMACION TITULADA | | | | |

DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del | 01/05/2026 | Al | 31/05/2026 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 35.057.483 |
| Número de pago | 4 | | | Valor Total del Contrato: | \$ 49.112.070 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 4.737.497,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 30.319.986 |

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 RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 2.758.447 | 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 título de RENTA | 2.758.447,00 | TARIFA |
|--|---------------|--------------|---|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | ----- | 9504039701 | Base retención en la fuente a título de ICA | 4.197.397,00 | |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 1.894.999 | \$ 1.894.999 | 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 III | \$ 46.200 | \$ 46.200 | Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 40.547,00 | 0,966% |
| | \$ - | \$ - | | 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 | \$ 473.750 | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | \$ 837.984 | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | \$ 37.927.505 | \$ 919.000 | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 2.727.000 | | | | |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ - | \$ - | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | VALOR A PAGAR | \$4.696.950,00 | |

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

- Orientar formación profesional a las fichas asignadas.
- Registro de aprendices en SENA SOFIA PLUS a población vulnerable
- Recopilación de documentación para matrícula de nuevos aprendices
- Registrar juicios de evaluación obtenido
- Realizar el proceso de Matricula de los nuevos cursos registrados en clase
- Divulgación de portafolio de cursos complementarios del centro metalmecánico como Centro día Chapinero, Centro día Barrios Unidos y Centro día de Teusaquillo.
- Atender a las reuniones agendadas por el coordinador del y subdirector del Centro de Formación

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

**ALEIDA MANCIPE MARTIN
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,

**FREDY HERNANDO ARIAS AYALA
INSTRUCTOR G20**

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
JULIAN ANDRES COLORADO CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|-----------------------|-----------------|--------------------|---------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52811779 | | MANCIPE MARTIN ALEIDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 61 67A 43 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2254523 | 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 | 304682994 | 9504039701 | I | 2026/05/21 | 2026/05/13 | DAVibank S.A. | 0 | \$624,200 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---------|--------------|-----------------------|--|-----------------|------------|------------|---------------------------------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|------------------|---------------|-----|------------------|---------------|-----|------------------|---------------|--------|---------------------|------------------|-----|----|--|
| EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo id | No id | Nombre | Tipo Cotizante | Horas Laboradas | Extranjero | Temp. Ext. | Fecha Radicación en el Exterior | ing | Fecha ing | ret | Fecha ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | Fecha Inicio vsp | cor | vst | sln | Fecha Inicio sln | Fecha Fin sln | ige | Fecha Inicio ige | Fecha Fin ige | lma | Fecha Inicio lma | Fecha Fin lma | vac-lr | Fecha Inicio vac-lr | Fecha Fin vac-lr | avp | vc | |
| 1 | CC | 52811779 | MANCIPE MARTIN ALEIDA | Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes | 0 | No | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total | | Afiliados(1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Código | Fecha Inicio vct | Fecha Fin vct | Días | Fecha Inicio irt | Fecha Fin irt | vip | SALARIO | | | PENSION | | | | | | | SALUD | | | | | | | | | | | | |
|--------|------------------|---------------|------|------------------|---------------|-----|--------------|-----------|-----------------|----------------|------|--------------|--------|----------------------------|------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|-------------------|------------|-------------|----------------|-----------|-----|--------------|------------------|------------|----|
| | | | | | | | Valor | Integ rat | Tipo de Salario | Administradora | Días | IBC | Tarifa | Tarifa Alto Riesgo Pensión | Valor Cotización | Cotización Voluntaria Empleador | Cotización Voluntaria Afiliado | Fondo Solidaridad Pensional | Fondo Subsistencia | Valor No retenido | Total | AFP Destino | Administradora | Días | IBC | Tarifa | Valor Cotización | Valor UPC | |
| | | | | | | | \$ 1.894.999 | No | | SKANDIA | 30 | \$ 1.894.999 | 16% | SIN RIESGO | \$ 303.200 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 303.200 | | COMPENSAR | 30 | \$ 1.894.999 | 12,5% | \$ 236.900 | \$ |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \$ 303.200 | | | | | | | \$ 236.900 | |

| | | CCF | | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | |
|-------|-------------|----------------|------|--------------|--------|------------------|------------------------------------|------|--------------|--------|--------------|------------------|------|------|-------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|-----------------------|------------|----------------------|-----------------------|
| Total | EPS Destino | Administradora | Dias | IBC | Tarifa | Valor Cotización | Administradora | Dias | IBC | Tarifa | Clase Riesgo | Valor Cotización | Dias | IBC | Tarifa SENA | Valor Cotización SENA | Tarifa ICBF | Valor Cotización ICBF | Tarifa ESAP | Valor Cotización ESAP | Tarifa MEN | Valor Cotización MEN | Exonerado SENA e ICBF |
| 0 | \$ 236.900 | COMPENSAR | 30 | \$ 1.894.999 | 2% | \$ 37.900 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 30 | \$ 1.894.999 | 2,436% | 3 | \$ 46.200 | 30 | \$ 0 | 0% | \$ 0 | 0% | \$ 0 | 0% | \$ 0 | 0% | \$ 0 | No |
| | \$ 236.900 | | | | | \$ 37.900 | | | | | | \$ 46.200 | | | | \$ 0 | | \$ 0 | | \$ 0 | | \$ 0 | |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|-----------------------|-----------------|--------------------|---------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52811779 | | MANCIPE MARTIN ALEIDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 61 67A 43 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2254523 | 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 | 304682994 | 9504039701 | I | 2026/05/21 | 2026/05/13 | DAVibank S.A. | 0 | \$624,200 |

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | | |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|-------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR | |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$303,200 | \$0 | \$0 | \$303,200 | |
| SKANDIA | 230901 | 800,253,055 | 2 | 1 | \$303,200 | \$0 | \$0 | \$303,200 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$46,200 | \$0 | \$0 | \$46,200 | |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | \$46,200 | \$0 | \$0 | \$46,200 | |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$37,900 | \$0 | \$0 | \$37,900 | |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | \$37,900 | \$0 | \$0 | \$37,900 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$236,900 | \$0 | \$0 | \$236,900 | |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | \$236,900 | \$0 | \$0 | \$236,900 | |
| TOTAL | | | | 1 | \$624,200 | \$0 | \$0 | \$624,200 | |



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

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



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 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 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. | 1025329726 | Maria Paula Valles Mancipe | 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: ALEIDA MANCIPE MARTIN

C.C. 52.811.779



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

| 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 |

disminución de retención en la fuente, por dependientes:



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

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

54338651

NUIP 1025329726

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaria Número 33 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código 9860

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido VALLES Segundo Apellido MANCIPE

Nombre(s) MARIA PAULA

Fecha de nacimiento Año 2017 Mes JUN Día 14 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 14139105-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos MANCIPE MARTIN ALEIDA

Documento de Identificación (Clase y número) C.C. 52.811.779 BOGOTA D C Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos VALLES DUARTE PABLO ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número) C.C, 79065867 LA MESA Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos VALLES DUARTE PABLO ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número) C.C, 79065867 LA MESA

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 2017 Mes JUL Día 14

Nombre y firma del funcionario que autoriza
DIANA BEATRIZ LOPEZ DURAN

Reconocimiento paterno

Firma

Firma 79065867

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
DIANA BEATRIZ LOPEZ DURAN

ESPACIO PARA NOTAS



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

LABORIO ERE
CIVIL