

 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 CUNDINAMARCA CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	25
			Código Centro	951310
			Fecha Elaboración	Abril de 2026
			Versión	ENERO - 1,26
			ID de Proceso	58537-264729
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: ANDRES RICARDO GUEVARA UMAÑA		Banco a consignar: BANCO CAJA SOCIAL		
Cédula de Ciudadanía 1.033.694.500		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: arguevara@sena.edu.co		Número de Cuenta: 24033224345		
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		NO
¿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: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
Nº del contrato: 9047338/2026		Nº Compromiso SIIF 19426		Número de pagos durante la vigencia del contrato 10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN ARTICULACIÓN CON LA MEDIA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA, EN LAS DIFERENTES		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/04/2026 Al 30/04/2026		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 37.899.976
Número de pago 3		Valor Total del Contrato:		\$ 46.901.220
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 33.162.479
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.737.497		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones \$ 605.945		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 5.343.442				\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.166.798		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Abril	Marzo	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 3.166.798,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9501610579	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.803.342,00
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	\$ 19.800	Reteica - 8299 - CHIA 38.427,00 0,800%
		\$		- 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		\$ 534.344		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$34.479.550		\$ 1.056.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 1.895.000				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente \$				VALOR A PAGAR \$4.699.070,00
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SETENTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Se realiza seguimiento y acompañamiento a las siguientes fichas:				
Ficha: 3462959 Mantenimiento de los motores Diésel IEM Zipaquira Lunes				
Ficha: 3204817 Mecanica de Maquinaria industrial IED Tocancipá Martes				
Ficha: 3471978 Mantenimiento de los motores Diésel IED Diversificado Miercoles				
Ficha: 3190847 Mantenimiento de los motores Diésel IED Diversificado Jueves				
Ficha: 3197050 Mantenimiento de los motores Diésel IEM técnico industrial de Zipaquirá Viernes				
total horas: 160				
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				
			ANDRES RICARDO GUEVARA UMAÑA 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 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.			SANDRA LILIANA BALLEEN BUSTOS 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 GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1033694500		GUEVARA UMAÑA ANDRES RICARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 49B SUR 31-68	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7103978	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	206075966	9501610579	I	2026/04/06	2026/04/08	BANCO CAJA SOCIAL	2	\$625,700

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)					\$1,896,000	\$303,400			\$1,896,000	\$237,000			\$1,896,000	\$38,000			\$1,896,000	\$46,200		\$0	\$0							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,896,000	\$303,400			\$1,896,000	\$237,000			\$1,896,000	\$38,000			\$1,896,000	\$46,200		\$0	\$0							
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,896,000	\$303,400			\$1,896,000	\$237,000			\$1,896,000	\$38,000			\$1,896,000	\$46,200		\$0	\$0							
1	CC	1033694500	GUEVARA ANDRES	230201	30	\$1,896,000		\$303,400	EPS008	30	\$1,896,000		\$237,000	CCF24	30	\$1,896,000		\$38,000	14-23	30	\$1,896,000		\$46,200	30		\$0		\$0
Total Afiliados(1)					\$1,896,000	\$303,400			\$1,896,000	\$237,000			\$1,896,000	\$38,000			\$1,896,000	\$46,200		\$0	\$0							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033694500		GUEVARA UMANA ANDRÉS RICARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 49B SUR 31-68	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7103978	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-03	2026-03	206075966	9501610579	I	2026/04/06	2026/04/08	BANCO CAJA SOCIAL	2	\$625,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$303,400	\$500	\$0	\$303,900	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$303,400	\$500	\$0	\$303,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$46,200	\$100	\$0	\$46,300	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$46,200	\$100	\$0	\$46,300	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$38,000	\$100	\$0	\$38,100	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$38,000	\$100	\$0	\$38,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$237,000	\$400	\$0	\$237,400	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$237,000	\$400	\$0	\$237,400	
TOTAL				1	\$624,600	\$1,100	\$0	\$625,700	



LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ANDRES RICARDO GUEVARA UMANA identificado con CC. 1033694500 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
Tipo y Numero de Documento	NI - 8999999034

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2026/02/02	Fecha inicio contrato	2026/02/02
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/12/15
Riesgo	3	Código actividad económica	3331201 - Mantenimiento y reparacion especializada de maquinaria y equipo, incluye talleres electromecanicos,
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	-	Estado del contrato	Activa

Esta certificación se expide a los 21 días del mes de abril del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC21042026N1033694500A17344175**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de





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

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 12 de Abril 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:



NIT	1025071929	Gabriel Ricardo Guevara Umaña	HIJO
NIT	1145937629	Jorge Andres Guevara Medina	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: Andres Ricardo Guevara Umaña
C.C. 1033694500

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP **1025071929** **REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO** Indicativo Serial **53274999**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número **9** Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código **1 0 0 9**

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido **GUEVARA** Segundo Apellido **MATIZ**

Nombre(s) **GABRIEL RICARDO**

Fecha de nacimiento Año **2 0 1 3** Mes **J U L** Día **2 0** Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo sanguíneo **"B"** Factor RH **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo **11932421-5**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos **MATIZ PEREZ ADRIANA PATRICIA**

Documento de identificación (Clase y número) **Cedula de Ciudadanía 52.493.163** Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos **GUEVARA UMAÑA ANDRES RICARDO**

Documento de identificación (Clase y número) **Cedula de Ciudadanía 1.033.694.500** Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **GUEVARA UMAÑA ANDRES RICARDO**

Documento de identificación (Clase y número) **Cedula de Ciudadanía 1.033.694.500** Firma **Andrés R. Guevara**

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 **2 0 1 3** Mes **A G O** Día **1 7**

Nombre y firma del funcionario que autoriza
RAMIRO ANTONIO RODRIGUEZ GOMEZ
NOTARIO 9 - BOGOTÁ ENCARGADO

Reconocimiento paterno

Firma **Andrés R. Guevara**

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
RAMIRO ANTONIO RODRIGUEZ GOMEZ
NOTARIO 9 - BOGOTÁ ENCARGADO

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTACIÓN EN LV. 112 FOLIO 281

LEY 1395/2010 ART. 115 REF. COD. PROC. CIVIL ✓

COMO NOTARIO NOVENO DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C. CERTIFICO QUE ESTE REGISTRO ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE A PETICION DEL INTERESADO PARA **ACREDITAR PARENTESCO**.

(Artículo 115 Decreto 1260/70)
BOGOTÁ
ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE

RAMIRO ANTONIO RODRIGUEZ GOMEZ
NOTARIO NOVENO DE BOGOTÁ ENCARGADO

17 AGO 2013

PARA LA OFICINA DE REGISTRO



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

62659576

NUIP

1145937629

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	D	V	C
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 73 BOGOTA DC * * * * *									

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido												
GUEVARA * * * * *		MEDINA * * * * *												
Nombre(s)														
JORGE ANDRES * * * * *														
Fecha de nacimiento														
Año	2	0	2	3	Mes	D	I	C	Día	0	8	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
										MASCULINO		B	POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * *														

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *	23124910774065 * *

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	
MEDINA NOVA LIZ STEPHANIE * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1033691521 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

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	
GUEVARA UMAÑA ANDRES RICARDO * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1033694500 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
GUEVARA UMAÑA ANDRES RICARDO * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1033694500 * * * * *	<i>Ricardo Guevara</i>

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		Firma del funcionario que autoriza											
Año	2	0	2	3	Mes	D	I	C	Día	1	1	VICTORIA BERNAL TRUJILLO	
Reconocimiento paterno										Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento			
<i>Ricardo Guevara</i>										VICTORIA BERNAL TRUJILLO			
Firma										Nombre y firma			

ESPACIO PARA NOTAS	
OTRO:LV T 68 F 163.---; OTRO:CN - SEGUN RESOLUCION 03196/2020 NO SE	
IMPRIME HUELLAS PLANTAR	
NOTARIA 73 BOGOTA D.C.	
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL	
PAPEL COMUN, ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1.970	
BOGOTA D.C.	
11 DIC. 2023	

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Código 1.4