



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 DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	11
Código Centro	940510
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	30705-279305

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	CARLOS FELIPE ESPINOSA SUESCUN	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	80.871.727	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	felipespinosa@misena.edu.co	Número de Cuenta:	67414097488
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	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:	9067172/2026	Nº Compromiso SIIF	21226	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar servicios personales temporales con autonomía técnica, administrativa, financiera y tecnológica, para apoyar los procesos de Formación Profesional Integral en competencias relacionadas con el area				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 35.531.228
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 50.059.552
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 30.793.731

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

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.497</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.785.747</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	6014016074	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	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	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
			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%	\$ 41.375.460	\$ 928.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.728.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.696.950,00</b>	

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

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

OB1: Se hicieron los planes de sesión y el plan de trabajo en las siguientes fichas: 3410512, 30aprendi ces23, 9h3433364, 30aprendi ces24h 3478052, 30aprendi ces15h3478048, 30aprendi ces15h3478009, 30aprendi ces8h3478032, 30aprendi ces4h 3468564, 30aprendi ces9h, 3478016, 30aprendi ces8h, 3478055, 30aprendi ces24h 3478050, 30aprendi ces14, 9h 3478068, 30aprendi ces9h 3433409, 30aprendi ces3hEMPRESARI MI ENTO Y FOMENTO EMPRESARI AL
OB2: Se documentaron evidencias de actividades de formación en las siguientes fichas: 3410512, 30aprendi ces23, 9h3433364, 30aprendi ces24h 3478052, 30aprendi ces15h3478048, 30aprendi ces15h3478009, 30aprendi ces8h3478032, 30aprendi ces4h 3468564, 30aprendi ces9h, 3478016, 30aprendi ces8h, 3478055, 30aprendi ces24h 3478050, 30aprendi ces14, 9h 3478068, 30aprendi ces9h 3433409, 30aprendi ces3hASI STENCIA ADMINI STRATI VA
OB4: Se Registran de manera oportuna los juicios de evaluación en las siguiente fichas: 3410512, 30aprendi ces23, 9h3433364, 30aprendi ces24h 3478052, 30aprendi ces15h3478048, 30aprendi ces15h3478009, 30aprendi ces8h3478032, 30aprendi ces4h 3468564, 30aprendi ces9h, 3478016, 30aprendi ces8h, 3478055, 30aprendi ces24h 3478050, 30aprendi ces14, 9h 3478068, 30aprendi ces9h 3433409, 30aprendi ces3hOPERACIONES COMERCIALES EN RETAIL

**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

**CARLOS FELIPE ESPINOSA SUESCUN**  
**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,

**OLGA LUCIA RUIZ FLOREZ**  
**INSTRUCTOR**

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**  
**MIREYA PARRA PINTO**  
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 80871727  
 NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: CARLOS FELIPE ESPINOSA SUESCUN  
 CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL  
 DIRECCIÓN: CRA 35A #58-45 TELÉFONO: 6147348  
 TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE  
 TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición.  
 FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO  
 APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

NÚMERO PLANILLA: **6014016074** TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES  
 PERIODO COTIZACIÓN MES: abril PERIODO COTIZACIÓN MES: abril  
 OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2026 SALUD: AÑO: 2026  
 DÍAS DE MORA: 0  
 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2026/04/27 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 254635023

**NOVEDADES**

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

**PENSIÓN**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
9003360047	25-14	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 303.200
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 303.200</b>

**SALUD**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8600669427	EPS008	EPS008	COMPENSAR	1	\$ 236.900
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 236.900</b>

**RIESGOS PROFESIONALES**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8600111536	14-23	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 9.900
<b>SUBTOTAL:</b>				<b>1</b>	<b>\$ 9.900</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 550.000</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 550.000</b>



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

**MAYO 2026**

**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 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>1019919772</b>	<b>Jacobo Espinosa Herrera</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,

A handwritten signature in purple ink, which appears to read "Felipe Espinosa". Below the signature is a small, faint watermark that says "Scanned with CamScanner".

FIRMA

Nombre: Carlos Felipe Espinosa Suescún  
C.C. 80871727



**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



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

60746779

NUIP 1019919772

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 42	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código A 5 F
Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA ----- CUNDINAMARCA ----- BOGOTA D.C.						

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
ESPINOSA		HERRERA	
Nombre(s)			
JACOBO			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	Mes	Día	Factor RH
2020	FEB	07	MASCULINO B POSITIVO
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA ----- CUNDINAMARCA ----- BOGOTÁ D.C.			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

15983018-2

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		Nacionalidad
HERRERA PARRA ANA CATALINA		COLOMBIANA
Documento de Identificación (Clase y número)		
C.C. No. 1010166726		

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		Nacionalidad
ESPINOSA SUESCUN CARLOS FELIPE		COLOMBIANA
Documento de Identificación (Clase y número)		
C.C. No. 80871727		

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos		Firma
HERRERA PARRA ANA CATALINA		<i>Ana Catalina Herrera Parra</i>
Documento de Identificación (Clase y número)		
C.C. No. 1010166726		

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos		Firma
-----		
Documento de Identificación (Clase y número)		
-----		

Datos segundo testigo

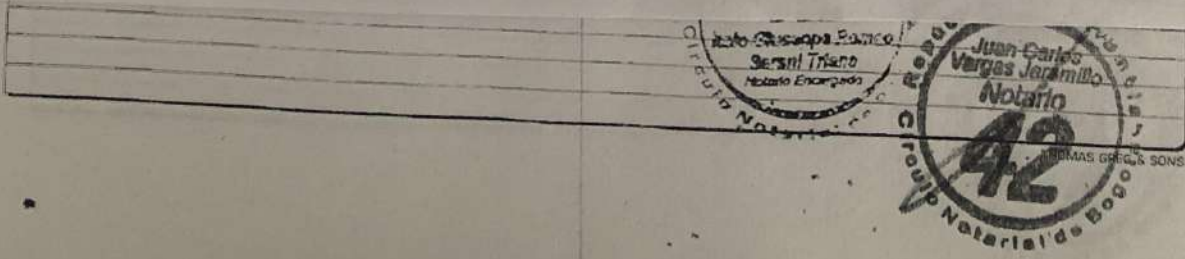
Apellidos y nombres completos		Firma
-----		
Documento de Identificación (Clase y número)		
-----		

Fecha de inscripción

Año 2020 Mes FEB Día 14

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ITALO GIUSEPPE ROMEO SERANI TRIANA (E)



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -