



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 MECÁNICA AUTOMOTRIZ Y TRANSPORTE- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	921310
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	35101-260945

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ADJANY XIOMARA MENDEZ SUAREZ	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.031.169.251	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	axmendez3@misena.edu.co	Número de Cuenta:	61241626856
IP/Nº de contacto:	16038	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:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9267100/2026	Nº Compromiso SIIF	15826	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES DE ECL				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 39.920.000
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 54.890.000
Valor Bruto Pago:	\$ 4.990.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 34.930.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.990.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.990.000		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.933.600	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Mayo	Abril			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	9503768113	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.933.600,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.996.000	\$ 1.996.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.421.100,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 249.500	\$ 249.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 319.400	\$ 319.400	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	\$ 10.500	\$ 10.500	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - BOGOTÁ	42.708,00	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	\$ 499.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 37.927.505	\$ 978.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.937.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$4.947.292,00	

SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

- Contribuir al desarrollo de las actividades de la Evaluación de Competencias Laborales, en el marco de los proyectos establecidos
- Participar en la transferencia de conocimientos y reuniones del proceso Gestión de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales
- Construir y entregar mínimo un proyecto de instrumentos de evaluación sobre la(s) norma (s) sectoriales de competencia laboral en la
- Contribuir al cumplimiento de las metas asociadas a los indicadores del proceso GECCL del Centro de Formación, mediante la realización
- Contribuir en la elaboración de informes, reportes y demás documentos relacionados con el desarrollo del proceso ECCL
- Informar sobre los resultados de la evaluación de competencias laborales, dentro de los 3 días hábiles siguientes a su realización
- Apojar en el registro y validación de información de la Evaluación y Certificación de Competencias Laborales en el Sistema de Info

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

ADJANY XIOMARA MENDEZ SUAREZ
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,

JEIMMY MONSALVE RANGEL
PROFESIONAL G02

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
FREDY VELEZ NIÑO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031169251		MENDEZ SUAREZ ADJANY XIOMARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transversal 70 No 67 B 75	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

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	302143477	9503768113	I	2026/05/14	2026/05/12	NEQUI	0	\$579,400

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)					\$1,996,000	\$319,400			\$1,996,000	\$249,500			\$0	\$0			\$1,996,000	\$10,500		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,996,000	\$319,400			\$1,996,000	\$249,500			\$0	\$0			\$1,996,000	\$10,500		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,996,000	\$319,400			\$1,996,000	\$249,500			\$0	\$0			\$1,996,000	\$10,500		\$0	\$0
1	CC	1031169251	MENDEZ ADJANY	230301	30	\$1,996,000	\$319,400	EPS008	30	\$1,996,000	\$249,500	0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,996,000	\$10,500	0	\$0	\$0
Total Afiliados (1)					\$1,996,000	\$319,400			\$1,996,000	\$249,500			\$0	\$0			\$1,996,000	\$10,500		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031169251		MENDEZ SUAREZ ADJANY XIOMARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transversal 70 No 67 B 75	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

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	302143477	9503768113	I	2026/05/14	2026/05/12	NEQUI	0	\$579,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$319,400	\$0	\$0	\$319,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$319,400	\$0	\$0	\$319,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,500	\$0	\$0	\$10,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,500	\$0	\$0	\$10,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$249,500	\$0	\$0	\$249,500	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$249,500	\$0	\$0	\$249,500	
TOTAL				1	\$579,400	\$0	\$0	\$579,400	



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 20 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:

T.I.	1025565596	Mailyn Ariana Ramos Méndez	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: Adjany Xiomara Méndez Suárez
C.C. 1.031.169.251 de Bogotá D.C.



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

60772929

NUIP 1025565596



* 6 0 7 7 2 9 2 9 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Form with checkboxes for Registraduría, Notaría (checked), Consulado, Corregimiento, Inspección de Policía, and Código A 8 H. Location: COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 57 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Form with fields for Apellido (RAMOS, MENDEZ), Nombre(s) (MAILYN ARIANA), Fecha de nacimiento (2020, ABR, 06), Sexo (FEMENINO), Grupo sanguíneo (O), Factor RH (POSITIVO), and Lugar de nacimiento (COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.)

Form with fields for Tipo de documento (CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO) and Número certificado de nacido vivo (15997259-8)

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)

Form for mother: MENDEZ SUAREZ ADJANY XIOMARA, CC No. 1031169251, Nacionalidad 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)

Form for father: RAMOS CRUZ GIOVANNY SCOTT, CC No. 1033741273, Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Form for declarant: RAMOS CRUZ GIOVANNY SCOTT, CC No. 1033741273, includes signature

Datos primer testigo

Form for first witness: includes fields for name, ID, and signature

Datos segundo testigo

Form for second witness: includes fields for name, ID, and signature

Form for date of inscription (2020, ABR, 15) and signature of the official (LEON GUILLERMO PICO MORA)

Form for paternal recognition (Reconocimiento paterno) with signature of Leon Guillermo Pico Mora

Form for notes (ESPACIO PARA NOTAS) containing: OTRO: RESOLUCION 03358 DE 13 ABRIL DE 2020 DE LA S.N.R.; 15/04/2020

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA 57
CÍRCULO CINCUENTA Y SIETE DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.
ESPACIO EN BLANCO

La anterior es fiel copia tomada de su original. Se expide para acreditar parentesco. Decreto 1260 de 1.970, Art. 115. Por ser la primera, está exenta de derechos notariales.

Bogotá D.C. 20 de abril de 2020



LEÓN GUILLERMO PICO MORA.
NOTARIO 57 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C., ENCARGADO
RESOLUCIÓN 03358 DE 13 DE ABRIL DE 2020 DE LA S.N.R.