

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 GUAVIARE CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		95	
			Código Centro		953310	
			Fecha Elaboración		Mayo de 2026	
			Versión		ENERO - 1,26	
			ID de Proceso		03086-468339	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: CAROLINA BUITRAGO BEJARANO			Banco a consignar:		BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía 1.115.066.543			Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico: cbuitragobe@sena.edu.co			Número de Cuenta:		82877663830	
IP/Nº de contacto: 3164479873			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?						NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600						SI
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: 9112398/2026		Nº Compromiso SIIF 7226		Número de pagos durante la vigencia del contrato		12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL, PARA ORIENTAR FPI PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, TITULADA Y/O COMPLE/ P. REGULAR, CAMPESENA Y/O E. POPULAR RED INSTITUCIONAL INTEGRALIDAD – COMP TRANSV - QUE IMPARTE EL CDATTG RDO.CPE NO. 95-9-2026-000263.				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 41.203.792
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:		\$ 58.600.949
Valor Bruto Pago:	\$ 5.493.839,00			Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 35.709.953
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 5.493.839		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 5.493.839				\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.229.555		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		3.229.555,00
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9503693688	Base retención en la fuente a título de ICA		0,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.197.536	\$ 2.197.536	Valor base IVA		0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 274.700	\$ 274.700	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 351.700	\$ 351.700	Menos Retención en la Fuente		0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA		0,00 15%
ARL I		\$ 11.500	\$ 11.500	Reteica - 8299		0,00 0,000%
		\$ -				0,00 0,000%
		\$ -				0,00 0,000%
		\$ -				0,00 0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				0,00 0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Pro-Univesidad de la Amazonia		27.469,00 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		\$ 549.384		Otras Retenciones		0,00 0,000%
Salud hasta		\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones		0,00 0,000%
Renta Exenta 25%		\$41.375.460	\$ 1.077.000			0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 3.310.000		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		VALOR A PAGAR		\$5.466.370,00
SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Gestión de Redes de Datos						
Gestión Contable y de la información financiera						
Técnico en construcción de edificaciones						
Técnico en peluquería						
Tecnólogo en gestión Documental						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				<div></div> <div>CAROLINA BUITRAGO BEJARANO EL CONTRATISTA</div>		
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						
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				<div>JORGE YONATHAN VILLAMIZAR CLAVIJO INSTRUCTOR G10</div>		
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.						
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 EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)						

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	277472075	9503693688	I	2026/05/13	2026/05/04	NEQUI	0	\$637,90

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115066543		BITRAGO BEJARANO CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 27b 48	SAN JOSE DEL GUAVIARE- GUAVIARE	11111111	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	277472075	9503693688	I	2026/05/13	2026/05/04	NEQUI	0	\$637,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$351,700	\$0	\$0	\$351,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$351,700	\$0	\$0	\$351,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,500	\$0	\$0	\$11,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,500	\$0	\$0	\$11,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$274,700	\$0	\$0	\$274,700
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	\$274,700	\$0	\$0	\$274,700
TOTAL				1	\$637,900	\$0	\$0	\$637,900



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

San José del Guaviare, 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:

NUIP - NIP	1112154836	María Paula Olaya Buitrago	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: CAROLINA BUITRAGO BEJARANO
1115066543

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1112154836

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

43692993

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 01 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código V 2 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA VALLE DEL CAUCA GUADALAJARA DE BUGA-

Datos del inscrito

Primer Apellido OLAYA Segundo Apellido BUITRAGO

Nombre(s) MARIA PAULA

Fecha de nacimiento Año 2010 Mes ENERO Día 26 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O POSITIVO Factor RH

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA VALLE DEL CAUCA GUADALAJARA DE BUGA. HOSPITAL SAN JOSE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO- Número certificado de nacido vivo 51884364-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos BUITRAGO BEJARANO CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número) CC# 1.115.066.543 DE BUGA - Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos OLAYA MARTINEZ FEDERICO

Documento de identificación (Clase y número) CC# 1.115.066.470 DE BUGA - Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos BUITRAGO BEJARANO CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número) CC# 1.115.066.543 DE BUGA - Firma Carolina Buitrago

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

CEH

Fecha de inscripción Año 2010 Mes ENERO Día 28

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

LA NOTARIA PRIMERA DE BUGA VALLE DE GUADALAJARA CERTIFICA

LIBRO DE VARIOS # 6 FOLIO # 25

El presente registro civil es fiel y auténtica copia de su original que aparece en el libro

Indicativo serial 43692993

de esta Notaría, Decreto 1260/70 Art. 115.

Se expide hoy 10 NOV 2015

Boy le,

MIGUEL ALFREDO LEDESMA CHAVARRA Notario 1º de Guadalupe de Buga Valle

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

FRANQUÍA LEGAL

CAROLINA BUITRAGO
BEJARANO

Actividad Económica Principal 8523
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta CBB - 18

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764095094469 de 02/07/2025 - 02/07/2027 autoriza CBB - 1 a CBB - 50

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	14/05/2026 08:23
Fecha de Vencimiento	14/05/2026 08:23
Fecha de Validación	14/05/2026 08:27
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Consignación bancaria
Moneda	COP



DATOS DEL EMISOR		DATOS DEL CLIENTE	
Razón Social	CAROLINA BUITRAGO BEJARANO	Razón Social	Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA
NIT	1115066543	NIT	899999034
Obligación	NO APLICA	Obligación	NO APLICA
Email	psicarinabuitrago@hotmail.com	Email	siifnacion.facturaelectronica@minhacieda.gov.co
Teléfono	3164479873	Teléfono	5461500
Dirección Fiscal	CR 6 27 B 48 BRR BELEN DE LA PAZ, SAN JOSE DEL GUAVIARE, (GUAVIARE, CO)	Dirección	CL 57 8 69
		Ciudad, Depart.	BOGOTA, D.C., BOGOTA (CO)

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	1	HONORARIOS MES DE MAYO DE 2026	1	EA	\$5,493,839.00		\$5,493,839.00	\$5,493,839.00

1

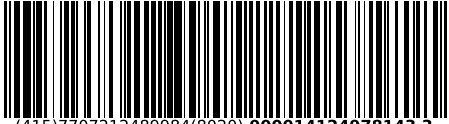
Subtotal \$5,493,839.00

Total a Pagar \$5,493,839.00

##36-02-00-095-953310;9112398;yvillamizarc@sena.edu.co##\$
Unidades de medida: EA = cada


FIRMA EMISOR


FIRMA CLIENTE

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 20 Actualización de Responsabilidades				4. Número de formulario 141249781433	
				 (415)7707212489984(8020) 000014124978143 3	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 1 1 5 0 6 6 5 4 3		6. DV 1		12. Dirección seccional Delegada de Imp y Aduanas de San José de Guaviare	
14. Buzón electrónico 7 8					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1 1 1 5 0 6 6 5 4 3	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Valle del Cauca		30. Ciudad/Municipio Guadalajara de Buga	
31. Primer apellido BUITRAGO		32. Segundo apellido BEJARANO		33. Primer nombre CAROLINA	
34. Otros nombres					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA		39. Departamento Guaviare		40. Ciudad/Municipio San José del Guaviare	
41. Dirección principal CR 6 27 B 48 BRR BELEN DE LA PAZ					
42. Correo electrónico psicarolinabuitrago@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 1 6 4 4 7 9 8 7 3		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8 5 2 3		47. Fecha inicio actividad 2 0 2 4 0 1 0 3		48. Código 7 2 2 0	
49. Fecha inicio actividad 2 0 1 9 0 2 0 2		50. Código 1 2		51. Código	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 5 4 9					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
49 - No responsable de IVA					
Uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
61. Fecha 2026-05-04 / 06:46:12PM					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre LEAL REY HECTOR ORLANDO					
985. Cargo Gestor II					