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 CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**44305-075805**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CARMEN ALICIA CAMPO	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	34.563.325	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	campoa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24099311629
IP/Nº de contacto:	3012355426	**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?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
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:	Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9167678/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**34226**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	930710-0385Instructor. Prestar servicios profesionales como Instructor (a) para desarrollar actividades propias de la Formación Profesional Integral EN ETAPA LECTIVA Y/O PRODUCTIVA DEPENDIENDO DE LA PROGRAMACION ASIGNADA Y NECESIDAD DEL CENTRO, mediante la orientación y ejecución de procesos formativos presenciales y/o a distancia, virtuales y/o

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026 Al 31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 28.424.982
Número de pago	**4**	**Valor Total del Contrato:**	$ 42.637.473
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 23.687.485

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Honorarios profesionales a persona NO declarante d	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.785.747**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9503440171**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 31.031.595	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.784.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.737.497,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551 - POPAYAN	9.475,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.728.022,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL VEINTIDOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Publicación y ejecución de actividades según calendario en el aplicativo Sofiaplus.Orientar proceso de formación virtual en las fichas 3186068, 3186067 y 3186066 Desarrollo Publicitario, ficha 3466318 Gestión del Desarrollo Administrativo e Innovación y ficha 3408082 Asesoría Comercial. Competencia fichas 3186068, 3186067 y 3186066 Elaborar piezas gráficas de acuerdo con los requerimientos del cliente. Resultado de Aprendizaje fichas 3186068, 3186067 y 3186066 Construir el mensaje publicitario de acuerdo con el medio. Competencia ficha 3466318 Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio.Resultado de Aprendizaje ficha 3466318 Interpretar procedimientos de atención y servicio al cliente. Competencia ficha 3408082: Vender productos y servicios de acuerdo con las necesidades del cliente. Resultado de Aprendizaje ficha 3408082 Estructurar propuesta comercial del producto y servicio. Con un total de 162 horas reportadas. Registrar los resultados de la emisión de juicios de evaluación. Descargar del aplicativo Sofía Plus las horas reportadas mensualmente. Garantizar el pago oportuno de la seguridad social de cada mes para que este se vea reflejado en Fosyga

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

Firmado digitalmente por Carmen Alicia Campo
Fecha: 2026.05.15 10:25:44 -05'00'

CARMEN ALICIA CAMPO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

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.

Autorizo el presente pago
El Supervisor.

Firmado digitalmente por DIEGO EDUARDO ERAZO
Fecha: 2026.05.18 19:20:39 -05'00'

DIEGO EDUARDO ERAZO GUERRERO
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
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

15/05/26 10:22:34 USUARIO: SIC - C.C. 34563325

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34563325		CAMPO CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 57n 8-54 casa 16 villa claudia	POPAYAN-CAUCA	8375306	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	03440171	9503440171	I	2026/05/08	2026/05/08	BANCO AV VILLAS	0	$561,400

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)					$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$1,894,999	$11,400			$1,894,999	$9,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$1,894,999	$11,400			$1,894,999	$9,900		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$1,894,999	$11,400			$1,894,999	$9,900		$0	$0
1	CC	34563325 CAMPO CARMEN	230201	30	$1,894,999	$303,200	EPS005	30	$1,894,999	$236,900	CCF14	30	$1,894,999	$11,400	14-23	30	$1,894,999	$9,900	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$1,894,999	$11,400			$1,894,999	$9,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34563325		CAMPO CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 57n 8-54 casa 16 villa claudia	POPAYAN-CAUCA	8375306	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	03440171	9503440171	I	2026/05/08	2026/05/08	BANCO AV VILLAS	0	$561,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$303,200	$0	$0	$303,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$303,200	$0	$0	$303,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,900	$0	$0	$9,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,900	$0	$0	$9,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,400	$0	$0	$11,400
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	$11,400	$0	$0	$11,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$0	$0	$236,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$236,900	$0	$0	$236,900
TOTAL				1	$561,400	$0	$0	$561,400

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
34563325	561.400

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 9 5 0 3 4 4 0 1 7 1

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2026 Mes 04

CAP-PRO-083-V2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

```
AVV 253 20260508 13:18 SC 813  LINEA   D
VR PAGADO:      561,400.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:9503440171                    0
ID:34563325
Fecha Aplicación:20260508   PIN:131838
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT: 900.156.826-1 100360500 Sku.43659

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

POPAYAN, 1 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
POPAYAN

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:

TI	1058550247	LAURA CAMILA PEREZ CAMPO	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



CARMEN ALICIA CAMPO
C.C. 34563325

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1058550247

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43836530

43836530

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	01				F 1 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	CAMPO

Nombre(s): LAURA CAMILA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes ABR Día 29	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52060341-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CAMPO CARMEN ALICIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 34,563,325 DE POPAYAN	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PEREZ ZUÑIGA KILMAN AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 76,334,248 DE BOLIVAR	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PEREZ ZUÑIGA KILMAN AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 76,334,248 DE BOLIVAR	Kilman Augusto Perez Z

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010 Mes MAY Día 08	ANA ELVIRA QUIZIAN DE VARONA Nombre y firma

IMPRESO POR DANARANJO S.A. NIT. 860.013.711-5 10393 10-2008

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.058.550.247**

PEREZ CAMPO

APELLIDOS

LAURA CAMILA

NOMBRES

Laura camila Perez Campo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-ABR-2010**

POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-ABR-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

A+ G S RH

F SEXO

13-JUL-2017 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1100100-00926231-F-1058550247-20170726 **00566**78699A 3 7764527248