



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 GESTIÓN INDUSTRIAL- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	921110
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	74710-985255

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EDNA NATHALIE ARIZA RICO	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.026.269.708	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	enariza@sena.edu.co	Número de Cuenta:	24066318714
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:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9045488/2026	Nº Compromiso SIIF	3226	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios profesionales de caracter temporal , con autonomía e independencia, para ejecutar acciones de promoción de la salud mental, prevención de factores psicosociales y fortalecimiento del liderazgo y desarrollo humano integral de los aprendices, asegurando su continuidad en el proceso formativo, en el marco del Plan Nacional de Bienestar de los Aprendices y en			

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 29.355.000
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 40.556.250
Valor Bruto Pago:	\$ 3.862.500,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 25.492.500

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 3.862.500	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.862.500		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.225.950	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 titulo de RENTA		TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	1080836182	Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.225.950,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Valor base IVA	3.363.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 218.900	\$ 218.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 280.200	\$ 280.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL	\$ 9.200	\$ 9.200	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	32.490,00	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	\$ 386.250		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 37.927.505	\$ 742.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.139.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$3.830.010,00	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA MIL DIEZ PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atención individual
Atención grupo proyecto
Atención ficha
Activación ruta de deserción
Reunión voceros
Comité trimestral
Comité novedades
Taller seguridad vial
Articulación interinstitucional

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

NATHALIE ARIZA RICO

**EDNA NATHALIE ARIZA RICO
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,

JUAN CARLOS CRISTANCHO CHAPARRO
**JUAN CARLOS CRISTANCHO CHAPARRO
PROFESIONAL G04**

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
JULIAN ANDRES CASTELLANOS CASTRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-04, 12:48:11 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1080836182

Periodo Cotización: abril de 2026

Periodo Servicio: abril de 2026

Referencia pago (PIN): 8823947189

PAGADO 04/05/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDNA NATHALIE ARIZA RICO		
Documento	CC1026269708	Dirección	CL 16 SUR 18 50 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3194580826
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SIN	IGL	UMC	AVP	ICP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1026269708	EDNA NATHALIE ARIZA RICO	59	00																0	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	0,522	\$ 1.750.905	\$ 9.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.750.905	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 518.900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 9.200	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 518.900	\$ 0	\$ 518.900



PAGOSIMPLE | Prefectura

Fecha creación reporte: 2026-05-04, 12:55:08 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: mayo de 2026

Periodo Servicio: mayo de 2026

Referencia pago (PIN): 8823947189

Fecha limite de pago: 2026-06-03

GUARDADA 04/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDNA NATHALIE ARIZA RICO		
Documento	CC1026269708	Dirección	CL 16 SUR 18 50 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3194580826
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SIN	IGE	LVA	IVA	AVP	VCT	IBR	IBR	IBR	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total		
CC 1026269708	ARIZA RICO EDNA NATHALIE	59	00																			PORVENIR	\$ 1.750.905	\$ 280.200	EPS SANITAS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	POSITIVA DE SEGUROS	\$ 1.750.905	\$ 9.200	COMPENSAR CCF	\$ 1.750.905	\$ 10.600		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 518.900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES DE	TOTAL FINAL
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 9.200	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 518.900	\$ 0	\$ 518.900

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora	Periodo cotización salud											
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio



8888239471890000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito



(415)7709998485884(8020)8823947189(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOViiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVii - ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: <https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/>



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.012.921.211**

FORERO ARIZA

APELLIDOS

MARIA FERNANDA

NOMBRES

Maria Fernanda Forero

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-JUN-2010**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

30-JUN-2028

FECHA DE VENCIMIENTO

16-ENE-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

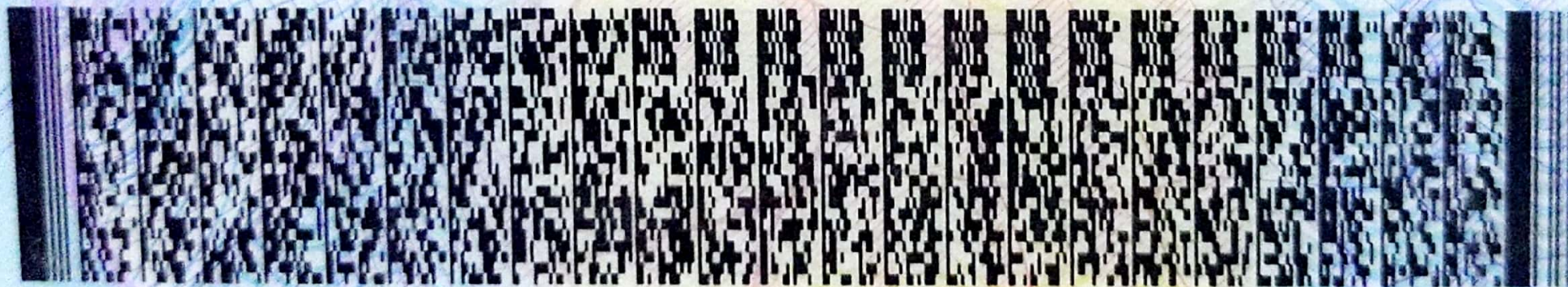
O+

G S RH

F

SEXO

[Handwritten Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-01062726-F-1012921211-20190218

0064519300A 1

9907587368



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

61870696

NUIP 1021696996

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	A	6	H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARIA 54 BOGOTÁ DC									

Datos del inscrito				
Primer Apellido: LANCHEROS				
Segundo Apellido: ARIZA				
Nombre(s): GABRIEL				
Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	
Año	2	0	2	2
Mes	M	A	R	
Día	2	3	MASCULINO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			Grupo sanguíneo	
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.			POSITIVO	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos		Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO		172710939

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: ARIZA RICO EDNA NATHALIE	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1026269708	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: LANCHEROS SOLER HERNANDO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1030565368	COLOMBIA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos: LANCHEROS SOLER HERNANDO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1030565368	

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	2	2
Mes	A	B	R	
Día	0	5		

Reconocimiento paterno		Nombre y firma del funcionario que autoriza	
		JUAN PABLO AMAYA BOLAÑOS	
Firma		Nombre y firma	
		JUAN PABLO AMAYA BOLAÑOS	
		Nombre y firma	
		JUAN PABLO AMAYA BOLAÑOS	

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: L.V.T. 209 F. 294; OTRO: CN - DE ACUERDO A LA CIRCULAR CONJUNTA N° 037 DE 27/03/2020 DE LA REGISTRADURIA NACIONAL, NO SE IMPRIMIRÁN HUELLAS DEL INSCRITO.; 05/04/2022

JUAN PABLO AMAYA BOLAÑOS
NOTARIO ENCARGADO

ORIGINAL PARA OFICINA DE REGISTRO



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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	1012921211	maria fernanda forero ariza	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,

EDNA NATHALIE ARIZA RICO
C.C. 1026269708