



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 SANTANDER
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER

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

Código Regional	68
Código Centro	954110
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	85123-325192

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NELSON FABIAN DUARTE PEÑALOZA	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.100.952.854	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	nduartep@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0550488405641371
IP/Nº de contacto:	3154620080	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	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:	9051786/2026	Nº Compromiso SIIF	6326	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA APOYAR LA SUPERVISIÓN DE LOS CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES Y/O DE BIENES Y SERVICIOS, ASÍ COMO LA GESTIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LA PL10 D15 VR MES 3904112				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 31.232.896
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 43.986.329
Valor Bruto Pago:	\$ 3.904.112,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 27.328.784

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 3.904.112	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.904.112		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.254.401	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	-----	37067017	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.254.401,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 218.900	\$ 218.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 280.200	\$ 280.200	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	\$ 9.200	\$ 9.200	Menos Retención IVA	0,00	15%
			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	\$ -		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	\$ 390.411		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 751.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.360.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$3.904.112,00	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Revisión de informes mensuales de ejecución y documentos como requisito para pago correspondientes al mes de mayo
Se realiza verificación y seguimiento de los informes presentados de acuerdo con la programación de REPFORA y eventos de Sofia Plus
Se realiza seguimiento y gestión de las novedades de ambientes y programación de formación titulada
Se realiza seguimiento y revisión de los eventos cargados de acuerdo con la programación establecida
Se realiza asociación de instructores a los grupos programados en Sofia plus
Se realiza seguimiento a la emisión de Juicios evaluativos de los grupos en ejecución y los que terminan etapa lectiva
Revisión y trámite de agendas de desplazamiento e informes de legalización de órdenes de viaje
Proyección y consolidación de informes de Gestión por dependencias (Programación y Coordinación)
Se realiza revisión y proyección de adiciones de contratistas instructores. Acta de liquidación contrato C01.PCCNTR.8590716 de 2025

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

NELSON FABIAN DUARTE PEÑALOZA
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,

LUIS CARLOS REINA SANCHEZ
INSTRUCTOR G20

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
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

RAZÓN SOCIAL :	NELSON FABIAN DUARTE PEAÑALOZA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1100952854
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-05-14
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-05-14
FECHA DE PAGO:	2026-05-14
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-04
PERÍODO SALUD:	2026-04
NÚMERO PLANILLA:	37067017
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37067017
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 2.892.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 361.500	\$ 361.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 2.892.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 462.800	\$ 462.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 2.892.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 15.100	\$ 15.100
CCF40	890201578	COMFENALCO SANTANDER	1	\$ 2.892.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 17.400	\$ 17.400
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 856.800	\$ 856.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/06/2026
----------------------------------	------------



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SAN GIL, 23 de Enero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
SAN GIL

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:

RC	1097130139	Andres Fabian Duarte Delgado	Hijo(a)
----	------------	------------------------------	---------

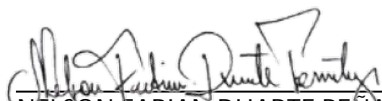
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,


NELSON FABIAN DUARTE PEÑALOZA
C.C. 1100952854

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1097130139

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

55668687



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 07	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código Q 5 E
--	---	-----------	------------------------------------	--	--	--------------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido DUARTE			Segundo Apellido DELGADO											
Nombre(s) ANDRES FABIAN *****														
Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	Factor RH								
Año	2	0	1	5	Mes	J	U	L	Día	1	0	Masculino	**	***
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA														

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo 52720258-6
---	---

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos DELGADO BARRERA PAULA ANDREA	
Documento de identificación (Clase y número) CC NRO.1.100.958.845 DE SAN GIL	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos DUARTE PEÑALOZA NELSON FABIAN	
Documento de identificación (Clase y número) CC NRO. 1.100.952.854 DE SAN GIL	Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos DUARTE PEÑALOZA NELSON FABIAN	
Documento de identificación (Clase y número) CC NRO. 1.100.952.854 DE SAN GIL	Firma

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 2 0 1 5 Mes J U L Día 1 3	HECTOR ELIAS ARIZA VELASCO NOTARIO SEPTIMO CIRCULO DE BUCARAMANGA
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -