



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 METALMECÁNICO- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	921410
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	14330-365866

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIANA RAQUEL HURTADO CUELLAR	Banco a consignar:	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	1.033.705.462	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	diasale1011@hotmail.com	Número de Cuenta:	074094434
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	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:	8986722/2026	Nº Compromiso SIIF	226	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM Y GEST:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN DERECHO PARA LA ESTRUCTURACIÓN Y APOYO INTEGRAL A LA GESTIÓN CONTRACTUAL Y CONVENCIONAL DE ADELANTE EN EL CENTRO METALMECÁNICO DE LA REGIONAL DISTRITO CAPITAL,				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 50.923.200
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 73.202.100
Valor Bruto Pago:	\$ 6.365.400,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 44.557.800

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 6.365.400	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 6.365.400		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 3.742.860	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

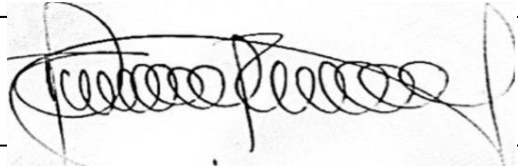
	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	6016013137	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.742.860,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.546.160	\$ 2.546.160	Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.639.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 318.300	\$ 318.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 407.400	\$ 407.400	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	\$ 13.300	\$ 13.300	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - BOGOTÁ	54.480,00	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	\$ 636.540		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 1.247.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 4.330.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$6.310.920,00	

SON: SEIS MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

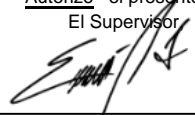
PROYECCION DE CESIONES Y SUSPENSIONES
ELABORACION DE REQUERIMIENTOS PROCESOS ATENEA, ELEMENTOS DE FORMACION, DRONES, BIENESTAR
REVISION DE RESOLUCIONES Y DOCUMENTAL DE CONTRATACION
ELABORACION DE CONCEPTO JURIDICO PROCESOS QUE SE ECUESTRAN EN CURSO DE CONTRATACION
CONTESTACION DE DIFERENTES POR Y ACCIONES DE TUTELA

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumpli 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


EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 periodo 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

EDGAR QUIROBONI GACHARNA
PROFESIONAL G10

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 COLORADO CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1033705462
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	DIANA RAQUEL HURTADO CUELLAR		
CIUDAD/MUNICIPIO:	DAGUA DEPARTAMENTO:	VALLE	
DIRECCIÓN:	DG 49 BIS A SUR N13 J 91	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - PLANILLA SENA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6016013137	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	310358794

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 407.400
SUBTOTAL:				1	\$ 407.400

SALUD

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL		1	\$ 318.300
SUBTOTAL:				1	\$ 318.300

RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A		1	\$ 13.300
SUBTOTAL:				1	\$ 13.300

VALOR SIN MORA:	\$ 739.000
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 739.000



PROCESO					
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS					
NOMBRE DEL FORMATO					
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS					
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	<input checked="" type="checkbox"/>	Pública Clasificada	<input type="checkbox"/>	Pública Reservada	<input type="checkbox"/>

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 15 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	1029282574	TALIANA SOFIA VARGAS HURTADO	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: DIANA RAQUEL HURTADO CUELLAR
C.C. 1033705462



NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:



DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal



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



NUIP 1.029.282.574

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41572039

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input checked="" type="checkbox"/>	Notaría <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código A B A
Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
REGISTRADURIA DE CIUDAD BOLIVAR H MEISSEN - COLOMBIA - CUNDINAMARCA						

Datos del inscrito

Primer Apellido			Segundo Apellido											
VARGAS			HURTADO											
Nombre(s)														
TALIANA SOFIA														
Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)		Grupo Sanguíneo	Factor RH								
Año	2	0	0	8	Mes	A	G	O	Día	0	6	FEMENINO	A	POSITIVO
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.														

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51244668 1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
HURTADO CUELLAR DIANA PAQUEL	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.033.705.462	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
VARGAS ANGARITA FERNEY ALEJANDRO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACION	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
HURTADO CUELLAR DIANA RAQUEL	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.033.705.462	

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 0 8 Mes A G O Día 1 3	JOSE ILDEFONSO LESMES UMBACIA - R
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

