



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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA AGROPECUARIA-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	25
Código Centro	951210
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	48241-432056

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	DANNY ALEJANDRO CHACON DIAZ	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.032.359.871	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	dchacond@sena.edu.co	Número de Cuenta:	455000085940
IP/Nº de contacto:		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	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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	9119023/2026	Nº Compromiso SIIF	28826	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: 25-9-2026-002600 PRESTAR SERVICIO PROFESIONALES AUTÓNOMA, COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA, PARA ORIENTACIÓN Y EJECUCIÓN DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL RELACIONADO CON PERFIL DEL CONTRATISTA Y DISEÑO CURRICULAR				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 33.162.479
Número de pago	4	Valor Total del Contrato:	\$ 46.901.220		
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 28.424.982

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.497</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.777.847</b>		

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

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	9503948505	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.777.847,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	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	\$ 19.800	\$ 19.800	Menos Retencion IVA	0,00	15%
	\$		Reteica - 8299 - MOSQUERA	29.382,00	0,700%
	\$			0,00	0%
	\$			0,00	0%
	\$			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Otras Retenciones	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	\$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 34.479.550	\$ 926.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.695.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.708.115,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL CIENTO QUINCE PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

80 horas del curso Bases del Entrenamiento Deportivo
80 horas del curso Bases del Entrenamiento Deportivo
40 horas de apoyo a la coordinación en gestión de curso y solicitudes administrativas.

<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>	
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	
	<b>DANNY ALEJANDRO CHACON DIAZ EL CONTRATISTA</b>

**CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	<u>Autorizo</u> el presente pago. El Supervisor,
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.	
	<b>CARLOS FABIAN ROJAS FERNANDEZ INSTRUCTOR G17</b>

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  
NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**



## Planilla Resumen

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$46,200	\$0	\$0	\$46,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$46,200	\$0	\$0	\$46,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$586,300</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$586,300</b>



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Mosquera, 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 continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1027537048	SILVANA CHACÓN RAMOS	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: DANNY ALEJANDRO CHACÓN DÍAZ

C.C. 1032359871 de Bogotá D.C.



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

55763045

NUIP 1027537048

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO** Indicativo Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número 58 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código A 9 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía  
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido CHACON Segundo Apellido RAMOS  
Nombre(s) SILVANA

Fecha de nacimiento Año 2016 Mes MAR Día 03 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)  
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos  
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo  
13654573-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos RAMOS RODRIGUEZ DEISY YISET

Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 1033700637 DE BOGOTÁ

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos CHACON DIAZ DANNY ALEJANDRO

Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 1032359871 DE BOGOTÁ

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos CHACON DIAZ DANNY ALEJANDRO

Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 1032359871 DE BOGOTÁ

Firma Danny A. Chacón Díaz

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 2016 Mes MAR Día 14

Nombre y firma del funcionario que autoriza  
JULIO CESAR MARTINEZ

Reconocimiento paterno  
Danny A. Chacón Díaz  
CHACON DIAZ DANNY ALEJANDRO  
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento  
JULIO CESAR MARTINEZ  
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS  
LV T 140 F 077



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

