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 QUINDÍO

CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO

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

Código Regional	63
Código Centro	953810
Fecha Elaboración	Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	32879-114587

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIANA MARIA GUEVARA CARMONA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	41.947.361	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dianamar@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	06934752994
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:	8953690/2026	**Nº Compromiso SIIF**	11226	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestación de servicios con el fin de orientar formación profesional de nivel técnico programada por el centro de comercio y turismo regional Quindío, y que correspondan al programa de articulación con la media, teniendo en cuenta las políticas institucionales y la normativa vigente de la Entidad

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 37.899.976
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 45.006.222
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 33.162.479

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 235.178	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.972.675**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.944.407**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**6009635025**
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		$ 497.268	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.479.550	$ 981.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.397.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.944.407,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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 - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	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	**$4.737.497,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realiza alistamiento de la formación de acuerdo a la FPI, para las fichas 3146394, 3146418, 3409568, 3409582

Se aplica la estrategia de enseñanza, en proceso de elaboración guías e instrumentos de evaluación, para las fichas 3146394, 3146418,

En el presente mes se cumple con los establecido en el manual de articulación.

Para este periodo se verifico la asistencia de los aprendices, de las fichas asignadas al instructor.

En el presente mes se me requirió emitir juicios evaluativos de las fichas 3409568, 3409582

a)Se verifico aprendices seleccionados y matriculados a la formación. b) En el presente mes se requirió emitir juicios evaluativo

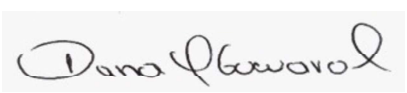
Se aplica y se hace cumplir algunos de los ítems del reglamento del aprendiz

Se participa y se lidera reuniones de seguimiento técnico-pedagógico en las I.E asignadas

Las demás actividades se verán reflejadas en el informe del presente mes

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 aqui



DIANA MARIA GUEVARA CARMONA
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,



SEBASTIAN BETANCOURT GALLEGO
INSTRUCTOR G03

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
CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	41947361
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA MARIA GUEVARA CARMONA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CALLE A 1 N#18-36TORRE 2 APT 102	TELÉFONO:	7393896
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6009635025**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	186352202

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 303.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 303.400	$ 0	$ 303.400
SUBTOTALES:										**$ 303.400**	**$ 0**	**$ 303.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 237.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 237.000	$ 0	$ 0	$ 237.000
SUBTOTALES:													**$ 237.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 237.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.900	$ 9.900	$ 0	$ 0	$ 9.900
SUBTOTALES:									**$ 9.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES											
																														PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 41947361	GUEVARA CARMONA DIANA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.840.000				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.896.000	$ 303.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 303.400	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.896.000	$ 237.000	$ 0	$ 237.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.896.000	$ 41947361	$ 9.900	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 550.300

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	41947361
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA MARIA GUEVARA CARMONA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CALLE A 1 N#18-36TORRE 2 APT	TELÉFONO:	7393896
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6009635025**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	186352202		

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 303.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 303.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 237.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 237.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 9.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 550.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 550.300**

Planilla Pagada

Bancolombia

Comprobante en línea

1 Abr 2026 08:00:48

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 186352202

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
1 Abr 2026 08:00:48

Referencia 2
CC

Número de factura
6009635025

Referencia 3
41947361

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$550.300

Número de comprobante
TR0800052202

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 2994**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LEGALIZACION ORDEN DE VIAJE CONTRATISTA

Solicitud de Comisión No. 6126

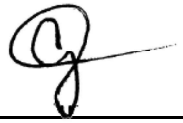
Nombre DIANA MARIA GUEVARA CARMONA **C.C.No.** 41947361

	VALORES A LEGALIZAR	SALDO
Gastos de Manutención	$ 235.178,00	$ -
Gastos de Transporte Comisión	$ 0,00	$ -
Otros gastos	$ -	$ -
Subtotal	$ -	$ -
Menos retefuente	$ -	$ -
Valor Neto a Legalizar	$ 235.178,00	$ -

SALDO A FAVOR $ -

VALOR AREINTEGRAR $ -

EL SOLICITANTE CERTIFICA QUE EL COMISIONADO AUTORIZADO EN ESTA COMISION U ORDEN DE VIAJE CUMPLIO A SATISFACCION CON LOS OBJETIVOS PREVISTOS.



NOMBRE ORDENADOR DEL GASTO: CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
CARGO DEL ORDENADOR DEL GASTO: SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO

SE SOLICITA Y ORDENA EL SALDO A FAVOR DEL COMISIONADO

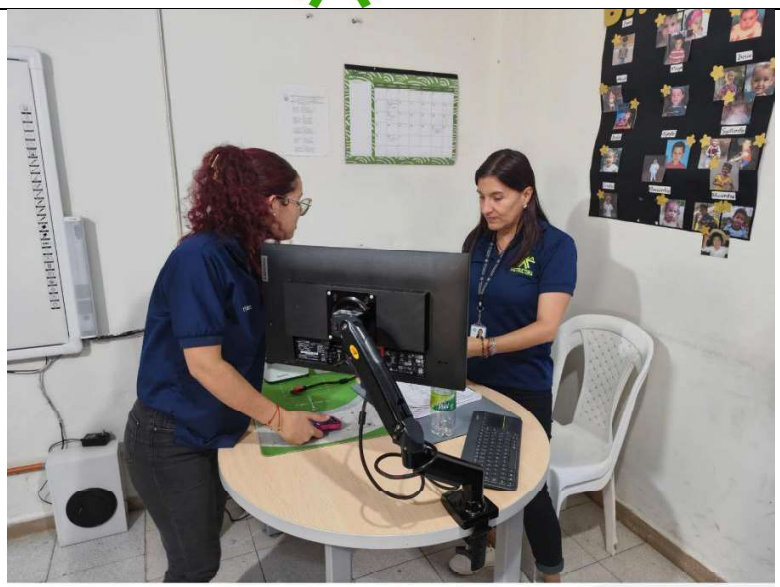
NOMBRE ORDENADOR DEL GASTO: CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
CARGO DEL ORDENADOR DEL GASTO: SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO

OBSERVACIONES:

Juan David Bermudez M

Elaboró: Juan David Bermudez Monsalve

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA		
CIUDAD Y FECHA Armenia, Quindío 06 de Abril del 2026		
PRESENTADO A: Cesar Augusto Ospina Puertas - subdirector del Centro de Comercio y Turismo Regional Quindío		
ORDEN DE VIAJE No: **6126**	**FECHA DE INICIO:** **16/03/2026**	**FECHA DE FINALIZACION:** **25/03/2026**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO I.E LUIS ARANGO CARDONA – I.E. SANTA MARIA GORETTI	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** COMERCIO Y TURISMO	**OTRA: (ciudad)** La Tebaida – Montenegro
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Orientar formación profesional Integral en el programa de Articulación en Técnico en Operaciones de Comercio Exterior en la I.E Luis Arango Cardona del Municipio de La Tebaida y Santa María Goretti del Municipio de Montenegro		
ACTIVIDADES DESARROLLADAS:		
Orientar formación profesional Integral a la ficha 3146394 en la I.E Luis Arango del municipio de La Tebaida y 3409586 en la I.E Santa María Goretti del Municipio de Montenegro. del Técnico en Operaciones de Comercio Exterior del programa de Articulación.		
RESULTADOS:		
Se oriento formación profesional integral a la ficha 3146394 y 3409586 del Técnico en Operaciones de Comercio Exterior donde se oriento formación en el diligenciamiento de documentos internacionales y la elaboración de planos de centros de distribución.		
EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**		
Se anexa registro fotográfico.		


CAMON 40 Pro 5G
2026.03.16 04:44 PM
23mm f/1.8 1/60s ISO891
La Tebaida


CAMON 40 Pro 5G
2026.03.16 04:10 PM
23mm f/1.8 1/50s ISO508
La Tebaida



COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
No aplica	No aplica	No aplica

CONCLUSIÓNES:

1. Se cumplió con el objetivo de la comisión.

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
DIANA MARIA GUEVARA CARMONA	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
COORDINADOR ACADÉMICO	**SEBASTIAN BETANCOURT GALLEGO**	

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHcaospina	CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-063-953810	CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO
Fecha y Hora Generación Reporte:	lunes, 2 de marzo de 2026	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	6126	**Fecha Solicitud**	2026-03-02	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad**	**- 36-02-00-063-953810 CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO**		
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2026-03-02	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	No	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	SUBDIRECCION			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	3426	**Dependencia Solicitante**	953811 INTEGRACION CON LA MEDIA
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3603-1300-20-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EL RECONOCIMIENTO DE SABERES PREVIOS CON ÉNFASIS EN POBLACIONES CAMPESINAS Y POPULARES EN COLOMBIA NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	-

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	N°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
DIANA MARIA GUEVARA CARMONA	CC: 41947361	CONTRATISTA INSTRUCTOR	Autorizada	2026-03-16	2026-03-16	QUINDIO / ARMENIA	QUINDIO / LA TEBAIDA	0,5	No	50	1	4.737.497,00	235.178,00	235.178,00	0,00	235.178,00	Brindar formación a los aprendices en el programa CampeSENA en emprendedor en organización y manejo de posadas rurales
				2026-03-25	2026-03-25	QUINDIO / ARMENIA	QUINDIO / MONTENEGRO	0,5	No	50							
											Totales Solicitud de Comisión			**235.178,00**	**0,00**	**235.178,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

Brindar formación a los aprendices en el programa CampeSENA en emprendedor en organización y manejo de posadas rurales

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 5540827336374662968
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2026/03/02 17:53:42 -05:00

ORDENADOR DEL GASTO

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2026-000640
17/02/2026 8:32:07 a. m.
Destinatario: 639538

1. **FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Armenia, 17 de febrero 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:

T.I.	**1091886594**	**VALENTINA GOMEZ GUEVARA**	**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 MARIA GUEVARA CARMONA__
C.C. __41947361__

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1091886594

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51038410

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código N 3 2

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ	GUEVARA

Nombre(s): VALENTINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes 01 Día 08	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10081862-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GUEVARA CARMONA DIANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c. 41.947.361 de Armenia	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GOMEZ GOMEZ ROLANDO ALEM

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c. 18.435.770 de Pijao	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GOMEZ GOMEZ ROLANDO ALEM

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
c.c. 18.435.770 de Pijao	

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 01 Día 10	Dr. JUAN CARLOS RAMIREZ GOMEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Dr. JUAN CARLOS RAMIREZ GOMEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

EL SUSCRITO NOTARIO TERCERA(E) DEL CÍRCULO DE ARMENIA QUINDIO, DOY FE QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA ESTA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARÍA

SE EXPIDE PARA: Trámites

A SOLICITUD DE: Diana María Guevara

C.C. 41 947 361

NOTARÍA TERCERA
Dr. Juan Carlos Ramírez Gómez

11 NOV. 2010

NOTARIA TERCERA ARMENIA Q.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. - NIT 860.005.669-2 TEL. 381 0240