

 <b>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)</b>		Código Regional	25
<b>REGIONAL CUNDINAMARCA</b> <b>CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA</b>		Código Centro	951310
<b>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</b>		Fecha Elaboración	Abril de 2026
		Versión	ENERO - 1,26
		ID de Proceso	05011-344367
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos:	MARIA ANGELICA GUZMAN CARVAJAL	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	39.579.616	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	maguzmancarvajal28@gmail.com	Número de Cuenta:	24086991315
IP/Nº de contacto:	3125190133	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?			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
<b>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.</b>			0,00%
DATOS DEL CONTRATO			
Nº del contrato:	9108608/2026	Nº Compromiso SIIF	26626
		Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS QUE CONFORMAN LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA,		
DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del	01/04/2026	Al	30/04/2026
Número de pago	3		Saldo Anterior del Contrato:
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00		\$ 29.214.565
			Valor Total del Contrato:
			\$ 38.215.809
			Nuevo Saldo del Contrato:
			\$ 24.477.068
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.497</b>		\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.785.747</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	Abril	Marzo	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.785.747,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Base retención en la fuente a título de ICA 4.197.397,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
ARL	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
			Menos Retención IVA 0,00 15%
			Reteica - 8299 - CHIA 33.579,00 0,800%
			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	\$ 473.750		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 31.031.595	\$ 928.000	0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.760.000		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		
			<b>VALOR A PAGAR \$4.703.918,00</b>
<b>SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE</b>			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
IMPARTI FORMACION EN LAS SIGUIENTES FICHA			
FICHA: 3398551 PROMOTOR DE SALUD COMPETENCIA: CULTURA DE PAZ-ETICA			
FICHA 3410638 TICS COMPETENCIA: CULTURA DE PAZ- ETICA			
FICHA 3410858 CUIDADO PERSONAL PELUQUERIA COMPETENCIA: CULTURA DE PAZ-ETICA			
FICHA 3398544 PROMOTOR DE SALUD COMPETENCIA: CULTURA DE PAZ-ETICA			
FICHA 3411110 PROMOTORIA MANEJO AMBIENTAL COMPETENCIA: CULTURA DE PAZ - ETICA			
FICHA 3411025 ADSO COMPETENCIA: CULTURA DE PAZ-ETICA			
<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b> 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		 <b>MARIA ANGELICA GUZMAN CARVAJAL</b> EL CONTRATISTA	
<b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>			
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,  <b>JOSE ALVARO HERNANDEZ VELOZA</b> INSTRUCTOR G20	
<b>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</b> <b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b> <b>GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ</b> <b>SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)</b>			



## Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39579616		GUZMAN CARVAJAL MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MNZN 3 CASA 11 ALGARROBOS ETAPA3	GIRARDOT-CUNDINAMARCA	8881653	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000001558	9501763246	I	2026/04/08	2026/04/06	BANCO DE BOGOTA	0	\$587,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$1,894,999	\$37,900			\$1,894,999	\$9,900			\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$1,894,999	\$37,900			\$1,894,999	\$9,900			\$0	\$0
<b>Ciudad: GIRARDOT Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados)</b>					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$1,894,999	\$37,900			\$1,894,999	\$9,900			\$0	\$0
1	CC 39579616	GUZMAN MARIA	230301	30	\$1,894,999	\$303,200	EP5005	30	\$1,894,999	\$236,900	CCF22	30	\$1,894,999	\$37,900	14-23	30	\$1,894,999	\$9,900	30		\$0	\$0
<b>Total Afiliados ( 1)</b>					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$1,894,999	\$37,900			\$1,894,999	\$9,900			\$0	\$0



## Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39579616		GUZMAN CARVAJAL MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MNZN 3 CASA 11 ALGARROBOS ETAPA3	GIRARDOT-CUNDINAMARCA	8881653	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-03	2026-03	1000001558	9501763246	I	2026/04/08	2026/04/06	BANCO DE BOGOTA	\$587,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	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	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,900	\$0	\$0	\$37,900	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$37,900	\$0	\$0	\$37,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900	
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$587,900</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$587,900</b>	



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

**Junio 2025**

**Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol**



## INSTRUCCIONES

### Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Chía, 14 de ABRIL de 2026

Señores: SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Chía, Cundinamarca

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:

<b>T.I.</b>	<b>1070625439</b>	<b>Samuel Andrés Olaya Guzmán</b>	<b>HIJO</b>
-------------	-------------------	-----------------------------------	-------------

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: MARIA ANGELICA GUZMAN CARVAJAL  
C.C. 39579616 DE GIRARDOT.



***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

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

NUIP 1.070.625.439

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO** Indicativo Serial 57097751



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina  
 Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código J 4 M  
 País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
 REGISTRADURIA DE GIRARDOT - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT....

Datos del inscrito  
 Primer Apellido OLAYA..... Segundo Apellido GUZMAN.....  
 Nombre(s) SAMUEL ANDRES.....  
 Fecha de nacimiento Año 2016 Mes 10 Día 16 Sexo (en letras) MASCULINO..... Grupo sanguíneo O..... Factor RH POSITIVO.....  
 Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)  
 COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT.....

Signo de documento antecedente o Declaración de testigos  
 CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO..... Número certificado de nacido vivo 13707801-8.....

Padre (Para casos de pueblos indígenas con líneas matrilineales o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)  
 Apellido(s) y nombres completos GUZMAN CARVAJAL MARIA ANGELICA.....  
 Documento de identificación (Clase y número) CC 39.579.616..... Nacionalidad COLOMBIA.....

Madre (Para casos de pueblos indígenas con líneas matrilineales o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)  
 Apellidos y nombres completos OLAYA MORENO FABIAN ANDRES.....  
 Documento de identificación (Clase y número) CC 80.020.527..... Nacionalidad COLOMBIA.....

Datos del declarante  
 Apellidos y nombres completos OLAYA MORENO FABIAN ANDRES.....  
 Documento de identificación (Clase y número) CC 001030527..... 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 Año 2016 Mes DIC Día 06  
 Nombre y firma del funcionario que autoriza CLARA INES GARCIA SANCHEZ - REGI...  
 Nombre y firma

Reconocimiento por parte de...  
 Firma Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

06.DIC.2016 - LIBRO DE VARIOS ESPACIO PARA... FOLIO 0261

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

TARJETA DE IDENTIDAD SAMUEL ANDRES OLAYA GUZMAN

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.070.625.439**  
**OLAYA GUZMAN**

APELLIDOS  
**SAMUEL ANDRES**

NOMBRES  
Samuel Olaya  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-NOV-2016**

**GIRARDOT**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**16-NOV-2034** **O+** **M**  
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

**29-JUL-2024 TOCANCIPA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INCE DERECHO

REGISTRAR GENERAL  
HERNAN PENAGUÉS GONZÁLEZ



P-1529200-01457107-M-1070625439-20240801 0141213234A 1 8512422017