

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11				
			Código Centro		940410				
			Fecha Elaboración		11 de Mayo de 2026				
			Versión		ENERO - 1,26				
			ID de Proceso		13584-619815				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		FLORALBA AGUIRRE GONZALEZ		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía		21.076.842		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		faguirreg@sena.edu.co		Número de Cuenta:		24704678637			
IP/N° de contacto:		3103138265		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		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			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						0,00%			
DATOS DEL CONTRATO									
N° del contrato:		8984670/2026		N° Compromiso SIIF	35126	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/05/2026		Al		31/05/2026			
Número de pago		4		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 35.531.227			
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Valor Total del Contrato:		\$ 49.743.718			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 30.793.730			
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			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.737.497				\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.785.747		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Mayo		Abril		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.785.747,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		78114905		Base retención en la fuente a titulo de ICA		4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999		\$ 1.894.999		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900		\$ 236.900		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200		\$ 303.200		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL I		\$ 9.900		\$ 9.900		Reteica - 8299 - BOGOTÁ		40.547,00	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		\$ 473.750				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 37.927.505		\$ 928.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 2.784.000							
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$4.696.950,00	
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
1. Reunión equipo de equipo executor para alistamiento de grupo 3311828 TGE									
2. Inicio de la ejecucion de la formación con el acta de inducción a la competencia grupo 3311828 TGE									
3. Avance del proceso de formación en la competencia promover ética, actitudes, valores y principios grupo TGE.									
4. Reunión de equipo de executor para alistamiento del grupo 3170475 TGTH									
5. Inicio del proceso de formación profesional integral en la competencia coordinar Evaluación del desempeño grupo 3170475 TGTH									
6.Avance del proceso formativo en la competencia coordinar ED, beneficios, para el colaborador, la empresa, jefe									
7. Reunión de equipo executor para alistamiento del grupo 2211829-3311832 TGE									
8. Inio de la ejecución de la formación profesional con el acta de inducción a la competencia grupo 3311829-3311832 TGE									
9. Avance del proceso de formación con actitudes, valores y principios éticos al grupo 3311829-3311832 TGE									
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									
						FLORALBA AGUIRRE GONZALEZ EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO									
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:						Autorizo 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 período de cobro;						Firmado digitalmente por Harold Iván Mera Martínez Fecha: 2026.05.14 15:01:00 -05'00'			
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.						HAROLD IVAN MERA MARTINEZ INSTRUCTOR G11			
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 MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)									

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	21076842	FLORALBA AGUIRRE GONZALEZ		TRANSV. 70 A NO. 71-35 SUR	3047389	albagonz1@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78114905	05/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$3,000,000	\$888.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	375.000	0		0		0	0	0	0	375.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.700				15.700	0	0	15.700			157	15.700	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	18.000	0	0

Total a Pagar	No. Afiliados
18.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	375.000	375.000
Pensión	1	480.000	480.000
Riesgos Laborales	1	15.700	15.700
CCF	1	18.000	18.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	888.700	888.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	21076842	FLORALBA AGUIRRE GONZALEZ		TRANSV. 70 A NO. 71-35 SUR	3047389	albagonz1@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78114905	05/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$3,000,000	\$888.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																						
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salario	Extranjero	Columna anterior	Extraterritorial	ING	RET	IVE	TIP	TAP	VST	VGP	SLA	DEE	LMA	VAC	AVP	VIT	IRL	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 21076842	AGUIRRE GONZALEZ FLORALBA	59	0		N																CC	25-14	3.000.000	30	480.000	0	0	0	0	EPS002	3.000.000	30	375.000	14-23	3.000.000	30	1	15.700	CCF24	3.000.000	30	18.000	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 11 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

T.I.	1013643993	RODRIGO ANDRES AGUIRRE GONZALEZ	HIJO
T.I	1013643991	STEPHANIA AGUIRRE GONZALEZ	HIJA

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,

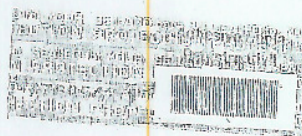
A handwritten signature in black ink is positioned below a horizontal line. The signature is stylized and appears to be 'FLORALBA AGUIRRE GONZALEZ'.

FLORALBA AGUIRRE GONZALEZ
C.C. 21.076.842

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



NUIP 1.013.643.993

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51862375

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 3 A

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

REGISTRADURÍA DE ANTONIO NARIÑO BOGOTÁ D.C. - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

AGUIRRE..... GONZALEZ.....

Nombre(s)

RODRIGO ANDRES.....

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2011 Mes SEP Día 14 MASCULINO..... A..... POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO..... 10840952-3.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

AGUIRRE GONZALEZ FLORALBA.....

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 21.076.842..... COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

.....

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AGUIRRE GONZALEZ FLORALBA.....

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 21.076.842.....

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

.....

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

.....

Datos segunda testigo

Apellidos y nombres completos

.....

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

.....

Fecha de inscripción

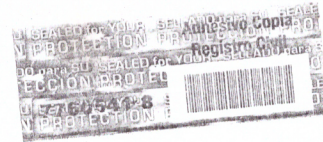
Nombre y firma del funcionario que autoriza

.....

ORIGINAL - REGISTRO



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



1562374

NUIP 1.013.643.991

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 51862374
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 3 A

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

REGISTRADURIA DE ANTONIO NARIÑO BOGOTÁ DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido AGUIRRE Segundo Apellido GONZALEZ
Nombre(s) STEPHANIA

Fecha de nacimiento Año 2011 Mes SEP Día 14 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 MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 10840951-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos AGUIRRE GONZALEZ FLORALBA
Documento de identificación (Clase y número) CC 21.076.842 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número)
Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos AGUIRRE GONZALEZ FLORALBA
Documento de identificación (Clase y número) CC 21.076.842
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 2011 Mes OCT Día 12
Nombre y firma del funcionario que autoriza DARIO ALFONSO SOLANO VERGARA - RE
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS
12.OCT.2011 - ACTA COMPLEMENTARIA - N.

ORIGINAL PARA EL REGISTRO