



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 PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRÁFICA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	921710
Fecha Elaboración	Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	86889-652609

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	ANA MILENA MORALES SOSSA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	52.700.194	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	ammoraless@sena.edu.co	Número de Cuenta:	20055109583
IP/Nº de contacto:	1	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?			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a: Honorarios profesionales a persona declarante de renta			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	8973178/2026	Nº Compromiso SIIF	4226	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LOS PROCESOS FORMATIVOS DE LOS APRENDICES EN LOS PROGRAMAS DE COMPLEMENTARIA Y TITULADA, EN MODALIDAD VIRTUAL Y/O PRESENCIAL, GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS Y LINEAMIENTOS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL,				

**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:	\$ 47.374.970
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	Honorarios profesionales a persona declarante de re	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.737.497		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.512.499	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Abril	Marzo	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.512.499,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	6011102271	Base retención en la fuente a título 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 Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 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	\$ 473.750	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ 837.984	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 34.479.550	\$ 719.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.438.000				
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**

Se realizó alistamiento, formación y acompañamiento a la ficha EDW1 3486629
Se realizó alistamiento, formación y acompañamiento a la ficha EDW1 3486630
Se realizó alistamiento, formación y acompañamiento a la ficha EDW1 3486631
Se realizó alistamiento, formación y acompañamiento a la ficha EDW1 3486632
Se participó en diferentes reuniones y actividades programadas por el centro de formación

**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

Ana Milena Morales S.

ANA MILENA MORALES SOSSA  
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,

EDDY MÉRCKX CAMACHO GUALDRON  
INSTRUCTOR G20

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  
JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52700194
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANA MILENA MORALES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 8 BIS 151 29 TELÉFONO:	2165086
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA: 01 - SUCURSAL 1
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	<b>6011102271</b>	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: 186712295

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

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 304.000
<b>SUBTOTAL:</b>					1	<b>\$ 304.000</b>
<b>SALUD</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL			1	\$ 237.500
<b>SUBTOTAL:</b>					1	<b>\$ 237.500</b>
<b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600135703	CCF21	CCF21-CAFAM			1	\$ 11.400
<b>SUBTOTAL:</b>					1	<b>\$ 11.400</b>
<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			1	\$ 10.000
<b>SUBTOTAL:</b>					1	<b>\$ 10.000</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 562.900</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 562.900</b>



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, Abril 10 de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)  
BOGOTÁ

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:

TI	1013025158	Luciana Arboleda Morales	Hijo(a)
----	------------	--------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

*Ana Milena Morales S.*  
\_\_\_\_\_  
ANA MILENA MORALES SOSSA  
C.C. 52700194

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial

55839275

NUIP 1013025158



**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría   
  Notaría   
 Número **27**   
 Consulado   
 Corregimiento   
 Inspección de Policía   
 Código **A 2 E**

**COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA**

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: **ARBOLEDA**   
 Segundo Apellido: **MORALES**  
 Nombre(s): **LUCIANA**

Fecha de nacimiento: Año **2015** Mes **DIC** Día **11**   
 Sexo (en letras): **Femenino**   
 Grupo sanguíneo: **O**   
 Factor RH: **Positivo**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección): **COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.**

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: **CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**   
 Número certificado de nacido vivo: **13221893-7**

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: **MORALES SOSSA ANA MILENA**

Documento de identificación (Clase y número): **CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 52.700.194**   
 Nacionalidad: **COLOMBIANA**

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: **ARBOLEDA CASALLAS CARLOS ARMANDO**

Documento de identificación (Clase y número): **CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.544.841**   
 Nacionalidad: **COLOMBIANA**

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: **ARBOLEDA CASALLAS CARLOS ARMANDO**

Documento de identificación (Clase y número): **CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.544.841**   
 Firma: *Carlos Arboleda*

**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 **2015** Mes **DIC** Día **12**

Nombre y firma del funcionario que autoriza: *Angela del Pilar Conde Jimenez*  
**ANGELA DEL PILAR CONDE JIMENEZ**  
 Nombre y firma



**Reconocimiento paterno**

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_   
 Nombre y firma: \_\_\_\_\_

**ESPACIO PARA NOTAS**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PARA LA OFICINA DE REGISTRO

