



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 DE GESTIÓN INDUSTRIAL- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	921110
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	87098-726608

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NATALIE ANDREA GONZALEZ CHAVARRO	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	53.016.223	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	nagonzales@sena.edu.co	Número de Cuenta:	24069422597
IP/Nº de contacto:		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?			
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:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9041273/2026	Nº Compromiso SIIF	2926	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de caracter temporal, con autonomía e independencia, apoyando la gestión integral del plan de acción de bienestar al aprendiz del centro de formación, incluyendo actividades de formulación, implementación, seguimiento y reporte, en concordancia con los lineamientos institucionales y la normatividad vigente.				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 32.960.000
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 46.006.667
Valor Bruto Pago:	\$ 4.120.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 28.840.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.120.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.120.000		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.399.700	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Mayo	Abril			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	9503419438	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.399.700,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.620.900,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 218.900	\$ 218.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 280.200	\$ 280.200	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	\$ 9.200	\$ 9.200	Menos Retencion IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - BOGOTÁ	34.978,00	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	\$ 412.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 800.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.427.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$4.085.022,00	

SON: CUATRO MILLONES OCHENTA Y CINCO MIL VEINTIDOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

El laborar y presentar para validación del supervisor del contrato un plan de trabajo que incluya cronograma de actividades y entregables
 Formular, de manera articulada con el equipo de Bienestar al Aprendiz del Centro de Formación, el Plan de Bienestar al Aprendiz
 conforme a la normatividad institucional vigente, y presentarlo para validación del supervisor del contrato.
 Brindar apoyo técnico en la orientación y seguimiento de las estrategias definidas para el fortalecimiento de la cultura institucional
 ciudadana, digital y ambiental, orientadas al cumplimiento de normas y lineamientos institucionales
 Brindar apoyo al seguimiento de la ejecución del presupuesto asignado al área de Bienestar al Aprendiz, como insumo para el control
 y la planeación de las actividades del área
 Apoyar el desarrollo de estrategias de orientación a los aprendices en temas relacionados con la salud física y mental

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

Natalie Gonzalez

**NATALIE ANDREA GONZALEZ CHAVARRO
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,

Juan Carlos Cristancho

**JUAN CARLOS CRISTANCHO CHAPARRO
PROFESIONAL G04**

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

**JULIAN ANDRES CASTELLANOS CASTRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53016223		GONZALEZ CHAVARRO NATALIE ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 23#13-04 int 2 apto 202	MADRID-CUNDINAMARCA	8285169	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	278679075	9503419438	I	2026/05/08	2026/05/04	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$508,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0
Ciudad: MADRID Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0
1	CC	53016223	GONZALEZ NATALIE	230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS010	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,750,905	\$9,200	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53016223		GONZALEZ CHAVARRO NATALIE ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 23#13-04 int 2 apto 202	MADRID-CUNDINAMARCA	8285169	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	278679075	9503419438	I	2026/05/08	2026/05/04	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$508,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$508,300	\$0	\$0	\$508,300	



Natalie Andrea Gonzalez Chavarro <naty.ts.1422@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada  CUS 278679075

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: naty.ts.1422@gmail.com

4 de mayo de 2026 a las 13:49

**¡Hola, natalie gonzalez!****Estado de la Transacción:** Aprobada **Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 508.300**Empresa:** APORTES EN LINEA**Descripción:** Pago de la Planilla de aportes con clave:
9503419438**Fecha de la transacción:** 04/05/2026**CUS:** 278679075

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten encuenta estos tips de seguridad:**

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.



No abras enlaces sospechosos.



Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 26 de Enero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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	1032681382	Juanita Abril Gonzalez	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,

NATALIE ANDREA GONZALEZ CHAVARRO
C.C. 53016223



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

NUIP 1032681382

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 43592182

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina								
Registraduría	<input type="checkbox"/>	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Número	1 2	Consulado	<input type="checkbox"/>	
				Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							Código	A Y C
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.								

Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
ABRIL				GONZALEZ			
Nombre(s)							
JUANITA							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	2 0 0 9	Mes	M A Y	Día	2 2	FEMENINO	A +
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)							
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51920520-9

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
GONZALEZ CHAVARRO NATALIE ANDREA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 53 016 223 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
ABRIL GONZALEZ ANDRES RAMIRO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 80.904.328 DE BOGOTA	COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
ABRIL GONZALEZ ANDRES RAMIRO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. # 80.904.328 DE BOGOTA	<i>Andrés Ramiro Abril</i>

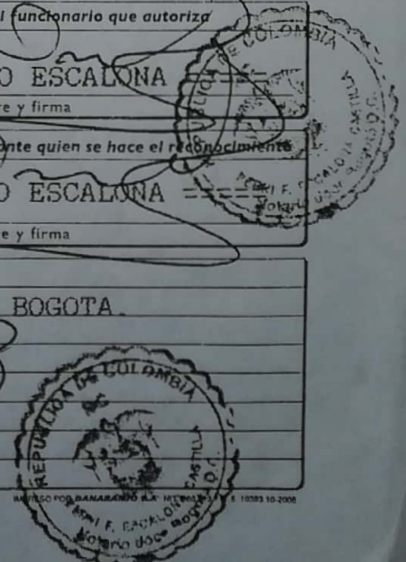
Datos Primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
Firma	

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 2 0 0 9 Mes JUN Día 0 1	BERNI FRANCISCO ESCALONA	
	Nombre y firma	

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento	
<i>Andrés Ramiro Abril</i>	BERNI FRANCISCO ESCALONA	
Firma	Nombre y firma	

ESPACIO PARA NOTAS	
LIBRO DE VARIOS 1 FOLIO 484 DE LA NOTARIA DOCE DE BOGOTA	



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO