



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 SANTANDER

CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

Código Regional	68
Código Centro	912210
Fecha Elaboración	18 de Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	45479-779909

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	CAMILO ANDRES CAICEDO ARIZA	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	91.513.025	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	ccaicedoa@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0488453291145
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	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:	9146141/2026	Nº Compromiso SIIF	20126	Número de pagos durante la vigencia del contrato	8
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL INSTRUCTOR EN CUMPLIMIENTO DE LAS METAS TOTALES DE LA ESTRATEGIA POBLACION CAMPESENA DEL CASA SENA REGIONAL SANTANDER AREA PECUARIA PL 7 MESES VR MES \$4.737.497				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 20.529.153
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 33.162.479
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 15.791.656

**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
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.497</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.777.847</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	9503447815	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.777.847,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.737.497,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	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 II	\$ 19.800	\$ 19.800	Menos Retencion IVA	0,00	15%
	\$ -	\$ -	Reteica - 8530 - PIEDECUESTA	14.212,00	0,300%
	\$ -	\$ -		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%	\$ 27.583.640	\$ 926.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.433.000	\$ -			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.723.285,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Impartir formación en manejo de grandes animales
Impartir formación en auxiliar en colecta y preservación de semen
Impartir formación en IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA PRODUCCIÓN PECUARIA
Se realiza cronograma de actividades
Se diligencia horas en sena sofia plus
se diligencia juicios valorativos de los cursos impartidos

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**

1. Cumpli 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

**CAMILO ANDRES CAICEDO ARIZA  
EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**EDWIN GERSON MONTAÑEZ GONZALEZ  
INSTRUCTOR**

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  
ROSA INES BAEZ OVIEDO  
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**



<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 checked="" type="checkbox"/>	Pública Clasificada <input type="checkbox"/>	Pública Reservada <input type="checkbox"/>

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 18 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:

<b>T.I.</b>	<b>1.091.995.051</b>	<b>Juan Kamilo Caicedo Escobar</b>	<b>HIJO</b>
-------------	----------------------	------------------------------------	-------------



<b>T.I.</b>	<b>1.092.006.819</b>	<b>David Kamilo caicedo Escobar</b>	<b>HIJO</b>
<b>T.I.</b>	<b>1.907.501.306</b>	<b>Maria Kamila Caicedo Escoba</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: CAMILO ANDRES CAICEDO ARIZA

C.C. 91513025



***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



ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE

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

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo 4 3742126  
Serial

NUIP 1097501306

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número 08 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código 06E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía  
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del Inscrito

Primer Apellido CAICEDO Segunda Apellido ESCOBAR

Nombre(s) MARIA KAMILA

Fecha de nacimiento Año 2009 Mes JUL Día 22 Sexo (en letras) Femenino Grupo sanguíneo O Factor RH Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)  
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento anterior/ente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 51992676-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos ESCOBAR RODRIGUEZ ANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.63.557.463 Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos CAICEDO ARIZA CAMILO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.513.025 Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos CAICEDO ARIZA CAMILO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.513.025 Firma

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 2009 A GO 11

Nombre y firma del funcionario que autoriza DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO

Firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV FOLIO 891709

  
**REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**  
**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

NUIP 1092006819      Indicativo Serial 57404797

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradora  Notaría  Número 5      Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código N A C  
 País: Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía  
 COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Datos del inscrito

Primer Apellido: CAICEDO  
 Segundo Apellido: ESCOBAR  
 Nombres: DAVID KAMILO

Fecha de nacimiento: Año 2017 Mes FEB Día 16 Sexo (en letras) Masculino Grupo sanguíneo A Factor RH Positivo

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos      Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO      13780951-3

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea marital o pareja del mismo sexo, omitir el paréntesis que indican las declaraciones para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: ESCOBAR RODRIGUEZ ANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 63.557.463      Nacionalidad: COLOMBIANA

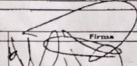
Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea marital o pareja del mismo sexo, omitir el paréntesis que indican las declaraciones para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: CAICEDO ARIZA CAMILO ANDRÉS

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.513.025      Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CAICEDO-ARIZA CAMILO ANDRÉS

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.513.025      Firma: 

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: \_\_\_\_\_

Documento de identificación (Clase y número): \_\_\_\_\_      Firma: \_\_\_\_\_

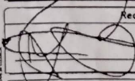
Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: \_\_\_\_\_

Documento de identificación (Clase y número): \_\_\_\_\_      Firma: \_\_\_\_\_

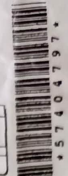
Fecha de inscripción: Año 2017 Mes MAR Día 13      Nombre y firma del funcionario que autoriza: JAIME ENRIQUE GONZALEZ MARROQUIN

Reconocimiento paterno: Nombre y firma del funcionario que autoriza en se hace reconocimiento: JAIME ENRIQUE GONZALEZ MARROQUIN

Firma:       Nombre y firma del funcionario que autoriza en se hace reconocimiento: JAIME ENRIQUE GONZALEZ MARROQUIN

ESPACIO PARA NOTAS

PRIMEIRA COPIA PARA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

55328

NUIP 1091995051

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número 02 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código

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

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Datos del inscrito

Primer Apellido

CAICEDO

Segundo Apellido

ESCOBAR

Nombre(s)

JUAN KAMILO

Fecha de nacimiento

Año 2014 Mes OCT Día 08

Sexo (en letras)

Masculino

Grupo sanguíneo

A

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

COLOMBIA - NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacimiento

676126-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR RODRIGUEZ ANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 9151163

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CAICEDO ARIZA CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91513025

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAICEDO ARIZA CAMILO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91513025

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 2014 Mes OCT Día 16

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JAIME ENRIQUE GONZALEZ MARROQUE

Nombre y firma

NOTARIA SEGUNDA DE CUCUTA  
ESTE ES UN COMPONENTE DE INSCRIPCIÓN  
RESERVA PARA SOLICITAR SU REGISTRO



**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91513025		CAICEDO ARIZA CAMILO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 29 # 96-78	BUCARAMANGA-SANTANDER	6808483	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	300188588	9503447815	I	2026/05/08	2026/05/11	NEQUI	3	\$561,300

**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		
1	CC 91513025	CAICEDO CAMILO	25-14	30	\$1,894,998	\$303,200	EPS041	30	\$1,894,998	\$236,900		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,894,998	\$19,800	0	\$0	\$0		
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$1,894,998	\$303,200			\$1,894,998	\$236,900			\$0	\$0			\$1,894,998	\$19,800			\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$303,200	\$700	\$0	\$303,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$303,200	\$700	\$0	\$303,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$19,800	\$100	\$0	\$19,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$19,800	\$100	\$0	\$19,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,900	\$600	\$0	\$237,500
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	\$236,900	\$600	\$0	\$237,500
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$559,900</b>	<b>\$1,400</b>	<b>\$0</b>	<b>\$561,300</b>