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 AGROTURISTICO - SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**31 de Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**72326-132639**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JAIME DURAN FUENTES	**Banco a consignar:**	BANCO AGRARIO DE COLOMB
Cédula de Ciudadanía	91.107.567	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jduranf@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	460440175709
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?	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

Nº del contrato:	9305213/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**34426**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN TITULADA, COMPLEMENTARIA Y/O VIRTUAL, EN LA RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN EL ÁREA TEMÁTICA ADMINISTRATIVA Y DEMÁS DE SU COMPETENCIA PL600H VR MES 40901

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026 Al 31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.051.568
Número de pago	**4**	**Valor Total del Contrato:**	$ 25.522.224
Valor Bruto Pago:	**$ 3.026.674,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 12.024.894

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.026.674	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.026.674**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.661.707**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8654020193**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 1.750.905
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 218.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 280.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.200	$ 9.200
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 302.667	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 27.583.640	$ 554.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.974.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.661.707,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.026.674,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551 - SAN GIL	0,00	0,000%
Reteica - 8551 - SOCORRO	6.544,00	0,500%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.020.130,00**	

SON: TRES MILLONES VEINTE MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha: 3468018 Programa: Servicio al cliente. Competencia: Atender clientes de acuerdo con procedimientos de servicio y normativa

Ficha: 3501229 Programa: Servicio al cliente. Competencia: Atender clientes de acuerdo con procedimientos de servicio y normativa

Ficha: 3518080 Programa: Servicio al cliente. Competencia: Atender clientes de acuerdo con procedimientos de servicio y normativa

Total horas de formación mes abril: 74 hs

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

JAIME DURAN FUENTES
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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 período 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,

OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO
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
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

20/05/26 10:35:01 USUARIO: SIC - C.C. 91107567

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	JAIME DURAN FUENTES
IDENTIFICACIÓN:	CC-91107567
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-05-20
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-06-17
FECHA DE PAGO:	2026-05-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2026-05
PERÍODO SALUD:	2026-05
NÚMERO PLANILLA:	8640997463
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8654020193
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.300	$ 18.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 517.400	$ 517.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/07/2026

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 17 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:

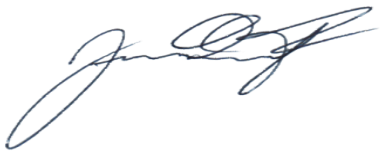
T.I.	**1102489454**	**JAIME ANDRES DURAN CESPEDES**	**HIJO**

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: JAIME DURAN FUENTES
C.C. 91107567

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1102489454

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39269389

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	02				R 3 L

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

COLOMBIA-SANTANDER-SOCORRO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DURAN	CESPEDES

Nombre(s)

JAIME ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes DIC Día 14	MASCULINO	"A"	POSITIVO

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

COLOMBIA-SANTANDER-SOCORRO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51986036-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CESPEDES ROJAS SANDRA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 37.947.277 DE SOCORRO (SANTANDER)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

DURAN FUENTES JAIME

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 91.107.567 DE SOCORRO (SANTANDER)	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DURAN FUENTES JAIME

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 91.107.567 DE SOCORRO (SANTANDER)	

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 2009 Mes DIC Día 30	ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA Nombre y firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 3 9 2 6 9 3 8 9 *