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	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**03091-927367**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	BRIGITH ROSVITA DUARTE DUARTE	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.100.959.827	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	brigithrosvita@gmail.com	**Número de Cuenta:**	32258940546
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:	9114707/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**10526**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LA RED DE RED DE CONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS EN EL ÁREA TEMÁTICA BILINGÜISMO, MEDIANTE PL 10 D 17 VR MES $ 4.737.497

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026 Al 31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.215.395
Número de pago	**5**	**Valor Total del Contrato:**	$ 50.059.552
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.477.898

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
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**36979108**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
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		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 41.375.460	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.799.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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 - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.737.497,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

3065284_To construcción en edificaciones_15H_4,11,25 de mayo.

3410118_To en enfermeria_24H_5,12,19,26 de mayo.

3218062_To en gestión administrativa_6H_6 de mayo.

3230996_To en gestión contable y de información financiera_20H_6,13,20,27 de mayo.

3175156_To en gestión administrativa_12H_7,14 de mayo.

3231008_To en supervisión de ventas_20H_7,14,21,28 de mayo.

3409143_Tn asistencia administrativa_24H_8,15,22,29 de mayo

3231283_To construcción en edificaciones_25H_2,9,16,23,30 de mayo.

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

Brigitth R. Duarte

BRIGITH ROSVITA DUARTE DUARTE
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,

Luis Carlos Reina S

LUIS CARLOS REINA SANCHEZ
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

21/05/26 20:31:05 USUARIO: SIC - C.C. 1100959827

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	BRIGITH ROSVITA DUARTE DUARTE
IDENTIFICACIÓN:	CC-1100959827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-04-30
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-05-08
FECHA DE PAGO:	2026-04-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-04
PERÍODO SALUD:	2026-04
NÚMERO PLANILLA:	36979108
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	36979108
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1	$ 1.894.999	$ 0	$ 0	$ 0	$ 236.900	$ 236.900
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.894.999	$ 0	$ 0	$ 0	$ 303.200	$ 303.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.894.999	$ 0	$ 0	$ 0	$ 19.800	$ 19.800
CCF40	890201578	COMFENALCO SANTANDER	1	$ 1.894.999	$ 0	$ 0	$ 0	$ 37.900	$ 37.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 597.800	$ 597.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/06/2026

PROCESO			
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS			
NOMBRE DEL FORMATO			
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS			
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN			
Pública	X	Pública Clasificada	Pública Reservada

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 26 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:

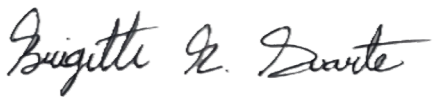
T.I.	**1100965542**	**Isabella Bayona Duarte**	**HIJO**

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: BRIGITH ROSVITA DUARTE DUARTE
C.C. 1100959827 de San gil

178

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
39337923-9

NUIP 1.100.965.542

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50806579

X50806579X

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 4 H

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

REGISTRADURIA DE SAN GIL - COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BAYONA.....	DUARTE.....

Nombre(s)

ISABELLA.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes JUN Día 06	FEMENINO.....	O.....	POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER SAN GIL.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	525580765.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

DUARTE DUARTE BRIGITH ROSVITA.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.100.959.827.....	COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BAYONA JIMENEZ ANDRES OLIVO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.100.954.968.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BAYONA JIMENEZ ANDRES OLIVO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.100.954.968.....	Andres Bayona

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 2012 Mes JUN Día 08	JOSE URIEL DEANTONIO AREVALO - RE Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

08.JUN.2012 - LIBRO DE VARIOS - LV 28 F 026.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ESTA REPRODUCCION FOTOMECANICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

© ASEGNA S.A. NIT. 890.321.161-0 100238573