



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 ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	940410
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	15031-272178

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	CRISTHIAN ERICK FONSECA CORTES	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.020.762.175	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	cefonseca@sena.edu.co	Número de Cuenta:	04666094668
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	SI
¿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:	9012530/2026	Nº Compromiso SIIF	1926	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios profesionales para apoyar en el desarrollo de las actividades de evaluación de competencias laborales en las áreas asignadas, así como para la construcción de instrumentos de evaluación o revisión técnica, en el área o estrategia técnica de su dominio, en los centros de formación del SENA, conforme a los lineamientos establecidos por la Entidad, orientado al cumplimiento			

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 34.896.400
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 49.852.000
Valor Bruto Pago:	\$ 4.985.200,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 29.911.200

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.985.200	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.985.200</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.930.780</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril	Base retención en la fuente a título de RENTA		TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	1080799354	Base retención en la fuente a título de ICA	2.930.780,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.994.080	\$ 1.994.080	Valor base IVA	4.416.800,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 249.300	\$ 249.300	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 319.100	\$ 319.100	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 10.500	\$ 10.500	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	42.666,00	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	\$ 498.520		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$34.479.550	\$ 977.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.931.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.942.534,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

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

Se realizó reunión con la organización IDIPRON para iniciar proceso de Evaluación de Competencias Laborales.  
 Se realizaron ajustes de verificación metodológica los cuales fueron aprobados y se pasó a verificación técnica el PI 9750 , NSCL 21  
 Se firmo acuerdo de confidencialidad y se inició construcción del proyecto 10585, NSCL 210201070 Atender clientes internos de acuerdo  
 Se realizo sensibilización e inducción en la NSCL 210601020 en la organización COMSENAL a 100 colaboradores.  
 Se realizo el registro de 100 aspirantes en el aplicativo DSNFT para el proyecto a iniciar con la organización COMSENAL.

**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

*CRISTHIAN FONSECA.*

**CRISTHIAN ERICK FONSECA CORTES  
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,

**LUIS ALEJANDRO ZARTA BAUTISTA  
PROFESIONAL G01(E)**

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  
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-04-29, 12:22:04 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1080799354

Periodo Cotización:

abril de 2026

Periodo Servicio:

abril de 2026

## PAGADO 28/04/2026

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	CRISTHIAN ERICK FONSECA CORTES		
<b>Documento</b>	CC1020762175	<b>Dirección</b>	CR 11 ESTE #96 A - 07
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Teléfono</b>	3004024842
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	BOGOTA D.C.
<b>Representante Legal</b>		<b>Identificación</b>	
<b>Total Afiliados</b>	1	<b>ARP</b>	POSITIVA DE SEGUROS

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novidades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SN	IG	UM	UAC	APP	AC	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1020762175	CRISTHIAN ERICK FONSECA CORTES	59	00																		0	30	30	30	(230201) PROTECCION	\$ 3.288.000	\$ 526.100	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 3.288.000	\$ 411.000	0,522	\$ 3.288.000	\$ 17.200	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 3.288.000	\$ 65.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.020.100

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 3.288.000	\$ 3.288.000	\$ 3.288.000	\$ 3.288.000	\$ 526.100	\$ 411.000	\$ 17.200	\$ 65.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.020.100	\$ 0	\$ 1.020.100



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ 22 MAYO DE 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:

RC	1019609084	Mariangel Fonseca Ruiz	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,

CRISTHIAN ERICK FONSECA CORTES  
C.C. 1020762175



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

Indicativo Serial **57336421**

NUIP **1019609064**

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

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código **AS C**

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía **COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.**

**Datos del inscrito**

Primer Apellido **FONSECA** Segundo Apellido **RUIZ**

Nombre(s) **MARIANGEI**

Fecha de nacimiento Año **2018** Mes **FEB** Día **13** Sexo (en letras) **FEMENINO** Grupo sanguíneo **U** Factor RH **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) **COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ**

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos **CERTIFICADO DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vi vo **14481943-0**

**Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que e indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)**

Apellidos y nombres completos **RUIZ MARCELO ANYELA YISELI**

Documento de identificación (Clase y número o) **C.C. 1018477294 de BOGOTÁ D.C.** Nacionalidad **COLOMBIANA**

**Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que e indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)**

Apellidos y nombres completos **FONSECA CORTES CRISTHIAN ERICK**

Documento de identificación (Clase y número) **C.C. 1020742175 de BOGOTÁ D.C.** Nacionalidad **COLOMBIANO**

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos **FONSECA CORTES CRISTHIAN ERICK**

Documento de identificación (Clase y número) **C.C. 1020742175 de BOGOTÁ D.C.** Firma **CRISTHIAN FONSECA**

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)



**Fecha de inscripción** Año **2018** Mes **FEB** Día **21**

**Nombre y firma del funcionario que autoriza** **KAREN LILIANA PARRA COTEX (E)**

Nombre y firma

Año **2018** Mes **FEB** Día **21** **KAREN LILIANA PARRA COTEX**

IMPRESIONADO EN LA OFICINA DE REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -