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	**56963-129492**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUISA FERNANDA BARRERA MEDINA	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	37.901.034	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	luisabarrera449@gmail.com	**Número de Cuenta:**	311039127
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**	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:	9124079/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**12626**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN TITULADA, COMPLEMENTARIA Y/O VIRTUAL, Y DEMÁS DE SU COMPETENCIA EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN EL ÁREA TEMÁTICA SALUD PUBL. 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:**	$ 35.531.228
Número de pago	**5**	**Valor Total del Contrato:**	$ 50.059.552
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.793.731

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		----------	**9503535205**
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.	$ 2.857.000		
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 - 8551 - SAN GIL	0,00	0,000%
-	0,00	0%
-	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	**$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

FICHA: 3516838 PRIMEROS AUXILIOS
MAYO 22,25,26,27,28,29
TOTAL 48 HORAS

FCIHA: 3517967 PRIMEROS AUXIOLIOS
MAYO 22,23,24,25,26,27,29,30
TOTAL 48 HORAS
TOTAL: 96 HORAS

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

LUISA FERNANDA BARRERA MEDINA
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,

EDICSON LOPEZ BENJUMEA
INSTRUCTOR G11

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 16:14:51 USUARIO: SIC - C.C. 37901034

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37901034		BARRERA MEDINA LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 7 # 9-110 apto 201	SAN GIL-SANTANDER	7777777	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	320488534	9503535205	I	2026/05/11	2026/05/19	NEQUI	8	$553,600

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)					$1,896,000	$303,400			$1,896,000	$237,000			$0	$0			$1,896,000	$9,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,896,000	$303,400			$1,896,000	$237,000			$0	$0			$1,896,000	$9,900		$0	$0
Ciudad: SAN GIL Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,896,000	$303,400			$1,896,000	$237,000			$0	$0			$1,896,000	$9,900		$0	$0
1	CC 37901034	BARRERA LUISA	25-14	30	$1,896,000	$303,400	EPS037	30	$1,896,000	$237,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,896,000	$9,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,896,000	$303,400			$1,896,000	$237,000			$0	$0			$1,896,000	$9,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37901034		BARRERA MEDINA LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 7 # 9-110 apto 201	SAN GIL-SANTANDER	7777777	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	320488534	9503535205	I	2026/05/11	2026/05/19	NEQUI	8	$553,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$303,400	$1,800	$0	$305,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$303,400	$1,800	$0	$305,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,900	$100	$0	$10,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,900	$100	$0	$10,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$237,000	$1,400	$0	$238,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$237,000	$1,400	$0	$238,400
TOTAL				1	$550,300	$3,300	$0	$553,600

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

Mayo 2026

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, mayo 31 de 2026 Haga clic aquí para escribir una fecha.

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.	**1101261636**	**MARIA FERNANDA CARREÑO BARREERA**	**HIJO**
T.I.	**1101970445**	**MARIA LUCIA CARREÑO BARRERA**	**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,



_____
LUISA FERNANDA BARRERA MEDINA
C.C. 37901034 san Gil

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
28850700-6

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.100.970.445

Indicativo Serial 51738802

51738802

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] 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
CARREÑO	BARRERA

Nombre(s): MARIA LUCIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes ENE Día 08	FEMENINO	A	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	12891769-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BARRERA MEDINA LUISA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 37.901.034	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CARREÑO RIVEROS GEOVANNY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.077.134	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CARREÑO RIVEROS GEOVANNY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.077.134	

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 2015 Mes ENE Día 14	OSCAR MAURICIO BAUTISTA LASPRILLA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

Escaneado con CamScanner

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

NUIP 1101261636

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39396313

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 5 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (**NOTARÍA PRIMERA**)*** * *** ***

Datos del inscrito

Primer Apellido: CARREÑO * * * ** **** * * ****
Segundo Apellido: BARRERA * * ** * * * * *** * * * * *

Nombre(s): * * ************* ** * MARIA FERNANDA ** * * * * * * *** ** * * ****

Fecha de nacimiento: Año 2010 Mes MAY Día 17
Sexo (en letras): FEMENINO ******
Grupo Sanguíneo: O* **
Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL * * * * * * * * * ** * * * * * * * *

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO * ** * ****************
Número certificado de nacido vivo: * 52351357-9 * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BARRERA MEDINA LUISA FERNANDA * * * ** ** * * *** * * ******
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 37.901.034 DE SAN GIL * * ** *** * **
Nacionalidad: COLOMBIANA * * * * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CARREÑO RIVEROS GEOVANNY * * * * * * ** **** * * * * * * * * * * *
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 91.077.134 DE SAN GIL* * ****** * * *
Nacionalidad: COLOMBIANA ** * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CARREÑO RIVEROS GEOVANNY * * * * * * ** * * * * * * ****** * ****
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 91.077.134 DE SAN GIL ** * * *
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 2010 Mes MAY Día 20

Nombre y firma del funcionario que autoriza: HERMAN ARENAS CORREA
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner