

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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		Código Regional		11				
			DESPACHO DIRECCION		Código Centro		101000				
			Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Fecha Elaboración		Mayo de 2026				
					Versión		ENERO - 1,26				
					ID de Proceso		47160-183522				
DATOS DEL CONTRATISTA											
Nombres y apellidos:			OSCAR BERNAL			Banco a consignar:			DAVIVIENDA		
Cédula de Ciudadanía			80.110.448			Tipo de cuenta:			AHORROS		
Correo electrónico:			osbernal@sena.edu.co			Número de Cuenta:			0570475870000613		
IP/N° de contacto:			0000			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			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											
N° del contrato:			9145240/2026			N° Compromiso SIIF			16226		
						Número de pagos durante la vigencia del contrato			12		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)			ORIENTADOR OCUPACIONAL APE - Prestar los servicios profesionales de carácter temporal para contribuir en el desarrollo de las acciones de orientación y el fortalecimiento de las estrategias para la atención de								
DATOS PERIODO DEL PAGO											
Del			01/05/2026			Al			31/05/2026		
Número de pago			5			Saldo Anterior del Contrato:			\$ 34.944.000		
Valor Bruto Pago:			\$ 4.368.000,00			Valor Total del Contrato:			\$ 49.795.200		
						Nuevo Saldo del Contrato:			\$ 30.576.000		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO											
Ingresos por honorarios			\$ 4.368.000			Ninguno			0,00%		
Ingresos por comisiones			\$ 0			Retencion en la Fuente del Periodo			\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO			\$ 4.368.000						\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE			\$ 2.566.900			TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO			\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR											
			Mayo		Abril		Base retención en la fuente a titulo de RENTA			2.566.900,00	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS			-----		1081200424		Base retención en la fuente a titulo de ICA			3.868.900,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC			\$ 1.750.905		\$ 1.750.905		Valor base IVA			0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud			\$ 218.900		\$ 218.900		IVA (Si es RESPONSABLE)			0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión			\$ 280.200		\$ 280.200		Menos Retención en la Fuente			0,00 0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional			\$ -		\$ 0		Menos Retención IVA			0,00 15%	
ARL I			\$ 9.200		\$ 9.200		Reteica - 8299 - BOGOTÁ			37.374,00 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			\$ 436.800				Otras Retenciones			0,00 0,000%	
Salud hasta			\$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones			0,00 0,000%	
Renta Exenta 25%			\$ 41.375.460		\$ 856.000					0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.			\$ 2.834.000				Descuentos de embargo (Si tiene)			0,00	
Retención en la Fuente Contingente			\$ -				VALOR A PAGAR			\$ 4.330.626,00	
SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE											
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO											
Se generó orientación a 28 usuarios desde el aplicativo en punto de atención APE.											
Se llevó a cabo orientación a 28 personas de manera presencial en punto APE. Adicional se generó orientación individual a usuarios vía											
Se ejecutaron 12 entrenamientospor solicitud de empresas aliados estratégicos y aprendices SENA											
Se brindo respuesta a usuario a través de speed, donde se realiza la respectiva orientación											
Se brindo respuesta a solicitud realizada por usuario a través de los diferentes medios de comunicación de la APE SENA.											
Se generó atención a solicitud requerida por el oferente, con el adjunto de documento solicitado.											
Se diligenció evidencia mediante drive y aplicativo de cada actividad realizada durante el mes.											
Se registró en aplicativo AP las solicitudes de los usuarios envíos directos y demás orientación.											
Se generó plan de acción a solicitud de coordinación y se envía a través de correo.											
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						OSCAR BERNAL EL CONTRATISTA					
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO											
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:						Autorizo el presente pago. El Supervisor,					
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;						JORGE ALEXANDER CAÑON CASTAÑO PROFESIONAL G03					
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.											
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 GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS DIRECTOR REGIONAL DISTRITO (E)											

PAGADO 21/05/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR BERNAL		
Documento	CC80110448	Dirección	CL 12 #16 - 12
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3115206780
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	LME	UMA	VAC	VAP	VCT	IND	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días 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 80110448	OSCAR BERNAL	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	0,522	\$ 1.750.905	\$ 9.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 508.300

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
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 9.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 508.300	\$ 3.100	\$ 511.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 29 de mayo del 2026

Señores

SERVICIONACIONAL 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:

TI	1034664775	OSCARJAVIERBERNALBARBOSA	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,

Oscar Bernal

OSCAR BERNAL
C.C. 80110448

REPÚBLICA DE COLOMBIA



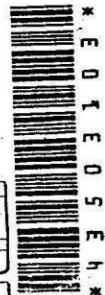
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1034664775

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo 43503103
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina	
Registraduría ☐ Notaría ☒ Número <input type="text" value="49"/> Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A Z F	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía	
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARÍA 49	
Datos del inscrito	
Primer Apellido	Segundo Apellido
BERNAL	BARBOSA
Nombre(s)	
OSCAR JAVIER	
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)
Año <input type="text" value="2009"/> Mes <input type="text" value="Ago"/> Día <input type="text" value="30"/> MASCULINO	Grupos sanguíneos <input type="text" value="O"/> Factor RH <input type="text" value="POSITIVO"/>
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)	
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ	
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	
Número certificado de nacido vivo	
52188693-9	
Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
BARBOSA GONZALEZ LUDY GERALDINE	
Documento de identificación (Clase y número)	
T.I. No. 920804-53258 DE BOGOTÁ	
Nacionalidad	
COLOMBIANA	
Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
BERNAL OSCAR	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C. No. 80.110.448 DE BOGOTÁ	
Nacionalidad	
COLOMBIANA	
Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
BERNAL OSCAR	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C. No. 80.110.448 DE BOGOTÁ	
Firma	
<i>Oscar Bernal</i>	
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 <input type="text" value="2009"/> Mes <input type="text" value="SEP"/> Día <input type="text" value="30"/> CARLOS ALBERTO RAMIREZ PARDO (E)	
Reconocimiento paterno	
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento	
CARLOS ALBERTO RAMIREZ PARDO (E)	
Firma	
<i>Oscar Bernal</i>	
ESPACIO PARA NOTAS	
ANOTADO AL LIBRO DE VARIOS TOMO 106 FOLIO 164	



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



NOTARIA 49
CIRCULO DE BOGOTÁ
MIRIAM RAMOS DE SAAVEDRA
NOTARIA 49

Hace constar que la presente copia es auténtica. Fue tomada de su original que reposa en el archivo de Registro Civil de NACIMIENTOS y se expide conforme al Artículo 114 del Decreto Ley 1260 de 2000. A solicitud del Interesado.

NOTARIA 49 DE BOGOTÁ D.C.
MIRIAM RAMOS DE SAAVEDRA

NOTARIA 49

24 AGO 2011