



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
DESPACHO REGIONAL-APORTES

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

Código Regional	11
Código Centro	101000
Fecha Elaboración	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	35689-316021

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MAYBRID SOLANGIE SOLER CHAPARRO	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.018.434.185	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	mssoler@sena.edu.co	Número de Cuenta:	473870085098
IP/Nº de contacto:	14938	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:	8889287/2026	Nº Compromiso SIIF	4326	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales a regionales grandes para apoyar el desarrollo de los procesos de relacionamiento y atención al sector empresarial, el cual incluye la presentación detallada del portafolio de				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 38.766.854
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:	\$ 63.688.397
Valor Bruto Pago:	\$ 5.538.122,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 33.228.732

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 5.538.122	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 5.538.122		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 3.256.210	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Junio	Mayo			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	1081580764	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.256.210,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.215.249	\$ 2.215.249	Base retención en la fuente a título de ICA	4.906.622,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 277.000	\$ 277.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 354.500	\$ 354.500	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 11.600	\$ 11.600	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - BOGOTÁ	47.398,00	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	\$ 553.812		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 1.085.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 4.836.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$5.490.724,00	

SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA MIL SETECIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Brinde apoyo para la creación y asignación de empresas para la vigencia 2026.
Apoyo la expedición de respuesta a PQRS
Apoye dos sensibilizaciones de Contrato de Aprendizaje y Regulación de Cuota.
Realice seguimiento a solicitudes empresariales del aplicativo CRM
Brinde asesoría empresarial por medio de contacto telefónico y correo electrónico
Brinde apoyo en la creación del informe de seguimiento a la ejecución semanal de la meta de atención empresas UAEI.
Genere respuesta a solicitudes empresariales remitidas por el supervisor del contrato, por medio de correo electrónico
Apoyo la expedición de respuesta a PQRS

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

**MAYBRID SOLANGIE SOLER CHAPARRO
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,

**WOLFANG ALBERTO LATORRE MARTINEZ
PROFESIONAL G10**

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
JOSE RICARDO PEREZ CAMARGO
DIRECTOR (E) REGIONAL DISTRITO CAPITAL**



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-05-26, 01:08:55 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2026
Empresa	MAYBRID SOLANGIE SOLER CHAPARRO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1018434185
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1081580764
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	337756953
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 643.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 354.500	\$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	\$ 277.000	\$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 11.600	\$ 0
SubTotales:				\$ 643.100	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 643.100





PROCESO					
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS					
NOMBRE DEL FORMATO					
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS					
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	<input checked="" type="checkbox"/>	Pública Clasificada	<input type="checkbox"/>	Pública Reservada	<input type="checkbox"/>

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 26 de enero del 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:

T.I.	1.023.389.842	GABRIELA AMEZQUITA SOLER	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,

Sol Soler

MAYBRID SOLANGIE SOLER CHAPARRO
C.C. 1018434185

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-AGO-2010**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

13-AGO-2028

FECHA DE VENCIMIENTO

O+ **F**

G S RH SEXO

16-AGO-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VASCA

P-1500150-00933240-F-1023389842-20170821 0057119727A 1 1564576047



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.023.389.842**

AMEZQUITA SOLER

APELLIDOS

GABRIELA

NOMBRES

Gabriela Amezquita

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50354605

NUIP 1023389842

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaria Número 56 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A 7 H

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

Datos del inscrito
Primer Apellido AMEZQUITA Segunda Apellido SOLER

Nombres(s) GABRIELA

Fecha de nacimiento Año 2010 Mes AGO Día 13 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 10368503-7

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos SOLER CHAPARRO MAYBRID SOLANGIE

Documento de Identificación (Clase y número) C.C.# 1.018.434.185 DE BOGOTA Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos AMEZQUITA BORDA JONNATHAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número) C.C.# 1.022.343.152 DE BOGOTA Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos AMEZQUITA BORDA JONNATHAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número) C.C.# 1.022.343.152 DE BOGOTA 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 SEP Día 07

Nombre y firma del funcionario que autoriza
BERNI FRANCISCO ESCALONA

Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO



