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 SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Junio de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**94070-184033**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	RICARDO ENRIQUE BENAVIDES OCHOA	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	79.613.789	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	rebenavides8a@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24101922542
IP/Nº de contacto:	3013475962	**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	SI
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:	8920421/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**4826**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios personales temporales con autonomía técnica, administrativa, financiera y tecnológica, para apoyar los procesos de Formación Profesional Integral en competencias del area tematica de

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2026**	**Al**	**30/06/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 30.793.731
Número de pago	**6**			**Valor Total del Contrato:**	$ 50.059.552
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 26.056.234

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	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

		Junio	Mayo			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**79570810**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 9.900	$ 9.900	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	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		$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 41.375.460	$ 928.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.712.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.696.950,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1 Realicé el acompañamiento y asesoramiento en forma permanente e integral en el proceso de formación de la etapa lectiva aprend.ficha No3489567,Tcgo G.contab.,64hrs,26aprend.No3148320 Tcgo G.Contab.59,8hrs 26aprend.ficha3478033 Tco Contab.36hrs,26 aprend.

Obligación 4 Evalué la competencia de RAP denominado"Evaluar la situac. financiera de la empresa de acuerdo con politicas de la organizacion y el entorno economico" a 25 aprendices de la ficha asignada en jornada diurna en el aplicativo académico Sena Sofia.

Obligación 6 Tramité y envié acorde al Reglamento aprendiz SENA aplicando el debido proceso a los aprendices con inasistencias a fin de radicar novedades de su deserción ante la coordinación académica.

Obligación 11 Asistí a la reunión de equipos ejecutores del trimestre II programada para la penultima semana de junio en el SENA CSF

Obligación 12 Socialicé con las fichas asignadas3148320,3478033 y 3489567 las normas de conv. respecto al cuidado y buen uso de los ambientes y elementos dispuestos por la institución.

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

RICARDO ENRIQUE BENAVIDES OCHOA
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,

JIMMY LEONARDO VELANDIA DAZA
INSTRUCTOR G18

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
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

16/06/26 08:21:55 USUARIO: SIC - C.C. 79613789

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): RICARDO ENRIQUE BENAVIDES OCHOA
No. Identificación: CC79613789
Dirección: CALLE 7 # 69 A 58 APTO 301
Telefono: 7951521
Correo: rebenavides8@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 79570810

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	RICARDO ENRIQUE BENAVIDES OCHOA
Tipo y número de identificación	CC79613789
Número de planilla	79570810
Fecha pago	2026-06-02
Número de autorización pago	2231920
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2026
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	580500
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	10500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	320000	1
EPS008	Compensar EPS	250000	1

79570810

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79613789
APELLIDOS Y NOMBRES: RICARDO ENRIQUE BENAVIDES OCHOA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	2000000	2000000	2000000	0	250000	0	320000	0	10500	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

Junio 2025

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 15 de junio 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:

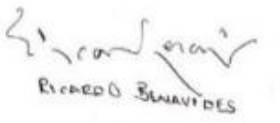
C.C.	**41571769**	**ANA ELVIA OCHOA DE BENAVIDES**	**MADRE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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,



Nombre: RICARDO ENRIQUE BENAVIDES OCHOA
C.C. 79613789 DE BOGOTÁ

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

Bogotá, 15 de Junio de 2026

Señores:
Grupo de Apoyo Administrativo
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS
Distrito Capital

Asunto: Solicitud deducible retención en la fuente por dependientes

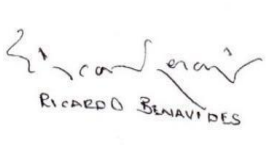
Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente**
ANA ELVIA OCHOA DE BENAVIDES	**41.571.769**	**1. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.**

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



Ricardo Enrique Benavides Ochoa
CC. 79613789
Contratista -Instructor de formación
Contrato No 8920421 del año 2026

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento _____
- Certificado de estudios. _____
- Certificado contador público. X_____
- Certificado medicina legal. _____

YOLANDA ROCIO GARCIA DIAZ
CONTADOR PÚBLICO INDEPENDIENTE
ESPECIALISTA EN REVISORIA FISCAL - AUDITORIA EXTERNA
GESTION DE RIESGOS FINANCIEROS - DERECHO TRIBUTARIO Y FINANZAS

EL SUSCRITO CONTADOR PUBLICO

CERTIFICA

Que de conformidad con la información y documentación suministrada y para efectos de la norma establecida en el numeral 5 del artículo 387 del Estatuto Tributario Nacional, la señora **ANA ELVIA OCHOA DE BENAVIDES** identificado con la cedula de ciudadanía no. **41.571.769** , residente de la ciudad de Bogotá, es madre del señor **RICARDO ENRIQUE BENAVIDES OCHOA** identificada con cedula de ciudadanía no. **79.613.789**.

Que en la actualidad la señora **ANA ELVIA OCHOA DE BENAVIDES** ha obtenido ingresos inferiores a 260 UVT, por lo cual cumple los criterios para figurar como dependiente del señor **RICARDO ENRIQUE BENAVIDES OCHOA**.

Se expide este certificado a solicitud del interesado en la ciudad de Bogotá, a los 10 días de febrero de 2026 con destino al SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE “SENA” .



YOLANDA ROCIO GARCIA DIAZ
CONTADORA PUBLICA
C.C. 65.756.195 de Ibagué
T.P. 64147-T

Cl 45 8 73 Ed Multifamiliares RUA- Sucre – Chapinero. Bogotá D.C.
yolagadi@gmail.com - Celular 3004561271



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

64147-T

YOLANDA ROCIO
GARCIA DIAZ
C.C. 65756195
RESOLUCION INSCRIPCION 33 FECHA 15/04/99
UNIVERSIDAD CORPORACION. UNIV. DE IBAGUE

Presidente

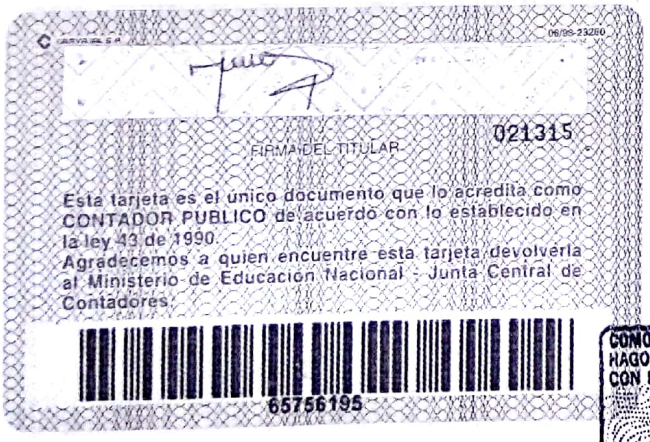
0072390

COMO NOTARIA VEINTE DEL CIRCULO DE BOGOTA
HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE
CON EL ORIGINAL QUE HE TENIDO A LA VISTA.

29 ENE 2018

NOTARIA 20 BOGOTA D.C.

Elsa Villalobos Sarmiento
República de Colombia



021315

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

65756195

COMO NOTARIA VEINTE DEL CIRCULO DE BOGOTA
HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE
CON EL ORIGINAL QUE HE TENIDO A LA VISTA.

29 ENE 2018

NOTARIA 20 BOGOTA D.C.

Elsa Villalobos Sarmiento
República de Colombia

Scanned by CamScanner





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1952

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

21-ENE-1974 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00017161-F-0041571769-20080624 0000616745A 1 1480003061