



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 DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

Código Regional	68
Código Centro	912210
Fecha Elaboración	15 de Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	24959-345698

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	PAOLA MERCEDES ORDUZ GOMEZ	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	37.864.642	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	pmorduz@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0488431038105
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	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

Nº del contrato:	9164272/2026	Nº Compromiso SIIF	14526	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA MEDIA DEL CASA SENA REGIONAL SANTANDER AREA PECUARIA PL 8 MESES Y 20 DIAS VR MES \$4.737.497				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 23.687.485
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 41.058.307
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 18.949.988

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	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.497</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.777.847</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Junio	Mayo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	91845434	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.777.847,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título de ICA	4.737.497,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	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 II	\$ 19.800	\$ 19.800	Menos Retención IVA	0,00	15%
	\$ -	\$ -	Reteica - 8530 - PIEDECUESTA	14.212,00	0,300%
	\$ -	\$ -		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%	\$ 31.031.595	\$ 926.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.359.000	\$ -			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.723.285,00</b>	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTITRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PROGRAMA DE FORMACION: TECNICO SISTEMAS AGROPECUARIOS ECOLOGICOS
GRUPO: 3466505 LUNES INSTITUCION EDUCATIVA GUSTAVO COTE URI BE// BUCARAMANGA
ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE: taller práctico Identificación de sistemas de gestivos de las diferentes especies pecuarias.
GRUPO: 3463490 MARTES Y JUEVES VALLE DEL RIO DE ORO //PAJONAL //PIEDECUESTA
ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE: taller práctico Identificación de gramíneas y leguminosas
GRUPO: 3463551 MIERCOLES Y VIERNES INSTITUCION EDUCATIVA RURAL VIJAGUAL //BUCARAMANGA
ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE: taller práctico Identificación de gramíneas y leguminosas
PROGRAMA DE FORMACION: TECNICO PRODUCCION ANIMAL
GRUPO: 3177078 MIERCOLES // INEM // GRANJA GUATIGUARA ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE: Taller práctico de derribo y castración en bovinos

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

PAOLA MERCEDES ORDUZ GOMEZ  
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 periodo 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.

EDWIN GERSON MONTAÑEZ GONZALEZ  
INSTRUCTOR

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  
ROSA INES BAEZ OVIEDO  
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 12 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:

<b>T.I.</b>	<b>1097790517</b>	<b>MATHIAS HERNANDEZ ORDUZ</b>	<b>HIJO</b>
-------------	-------------------	--------------------------------	-------------

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,

FIRMA

Nombre: PAOLA MERCEDES ORDUZ GOMEZ  
C.C. 37864642 DE BUCARAMANGA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUJIP 1097790517

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53237655

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número 09 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código Q 7 E

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía  
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: HERNANDEZ  
Segundo Apellido: ORDUZ \*\*\*\*\*  
Nombre(s): MATHIAS \*\*\*\*\*

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes ABR Día 17  
Sexo (en letras): Masculino  
Grupo sanguíneo: O  
Factor RH: Positivo

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)  
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO  
Número certificado de nacido vivo: 12573598-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ORDUZ GOMEZ PAOLA MERCEDES  
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.37.864.642  
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ SALCEDO ANDERSON EDUARDO  
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.065.865.130  
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ SALCEDO ANDERSON EDUARDO  
Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.065.865.130  
Firma: [Signature]

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 2014 Mes ABR Día 22

Nombre y firma del funcionario que autoriza: GERMAN TELIEZ GOMEZ  
Nombre y firma del funcionario que hace el reconocimiento: GERMAN TELIEZ GOMEZ

Firma: [Signature]

ESPACIO PARA NOTAS

PASADO AL LIBRO DE VARIOS DE VARIOS TOMO 001 FOLIO #112

[Notary seals: SANDY J. BAYONA GOMEZ, NOTARIA (E) BUENAS PRACTICAS, BUCARAMANGA]



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



**NOTARIA NOVENA**  
Bucaramanga

Arts. 115 Dcto. Ley 1260/70 y 1o Dcto. 278/72

Bucaramanga, 2021-12-07 14:26:25

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL EL CUAL  
REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA

**Serial No. 53237655**

A solicitud de  
**PAOLA MERCEDES ORDOZ GOMEZ**  
Identificado con **C.C. 37.864.642**

**VALIDO PARA TRAMITES LEGALES**

Func.: 2402-b838f0af

**SANDY JOHANNA BAYONA GOMEZ**  
NOTARIA NOVENA (E) DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA



Ingrese a [www.notariaenlinea.com](http://www.notariaenlinea.com)  
para verificar este documento

Cod.: acz16



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	37864642	PAOLA MERCEDES ORDUZ GOMEZ		CRA 38A 46 86 APTO 601 AMAZONAS	6076056890	mipaito06@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91845434	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$559.900	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	303.200	0	0	0	0	0	0		303.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	19.800				19.800	0	0	19.800			198	19.800	1

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre						NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	236.900	236.900
Pensión	1	303.200	303.200
Riesgos Laborales	1	19.800	19.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>559.900</b>	<b>559.900</b>

