



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	44977-263174

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos:	NIXON MORENO GIRALDO	Banco a consignar:	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	93.337.192	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	nimoreno@sena.edu.co	Número de Cuenta:	011850299
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:	9275436/2026	Nº Compromiso SIIF	32326
		Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestación de servicios profesionales de abogado, para la sustanciación de los procesos, saneamiento, depuración de cartera y la defensa administrativa a favor y en contra del SENA- Regional Distrito Capital en		

DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del	01/06/2026	Al	30/06/2026
Número de pago	6	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 41.587.280
Valor Bruto Pago:	\$ 5.941.040,00	Valor Total del Contrato:	\$ 68.321.960
		Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 35.646.240

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 5.941.040	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	\$ 5.941.040		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 3.493.036	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
	Junio	Mayo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	88399934	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.493.036,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.376.416	\$ 2.376.416	Base retención en la fuente a título de ICA	5.263.640,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 297.100	\$ 297.100	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 380.300	\$ 380.300	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	\$ 12.500	\$ 12.500	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - BOGOTÁ	50.847,00	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	\$ 594.104		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 1.164.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 5.197.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$5.890.193,00	

SON: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL CIENTO NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se proyecto resoluc ion de terminaci on individual por depuraci on
 se proyecto resoluc ion que aclara y ordena aplicaci on de titulos de deposti to judicial
 se proyectaron varios autos de actualizaci on de medidas cautelares
 se proyectaron tres fichas de depuraci on para ser presentadas ante el comite de depuracon
 se proyecto resoluc ion que adici ona y complemnta resoluc ion , para comunicar a control interno disciplinario
 se solici to mediante correo electronico la conciliaci on de un proceso en el que no coincide la fecha del titulo
 Se realiz o foliatura e incorporaci on de correspondencia en los diferentes proceso asignados
 se realiz o la antenci on y notifi caci on personal de la resoluc ion que libra mandami ento de pago
 se proyectaron di ferentes correos solici tando a correspndencia los recibidos de notifi caci ones

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli 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

Nixon Moreno Giraldo

**NIXON MORENO GIRALDO
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 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,

**RUBY ESTHER MEZA HERNÁNDEZ
PROFESIONAL G02**

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**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	93337192	NIXON MORENO GIRALDO		carrera 95A N 138- 58	4793307	nixonmor@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		88399934	02/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$2,380,000	\$738.400	

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	297.500	0		0		0	0	0	0	297.500	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	380.800	0	0	0	0	0	0		380.800	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	12.500				12.500	0	0	12.500			125	12.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	47.600	0	0	47.600	1

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	297.500	297.500
Pensión	1	380.800	380.800
Riesgos Laborales	1	12.500	12.500
CCF	1	47.600	47.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	738.400	738.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	93337192	NIXON MORENO GIRALDO		carrera 95A N 138- 58	4793307	nixonmor@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		88399934	02/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$2,380,000	\$738.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Calom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	UP	UP	UP	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 93337192	MORENO GIRALDO NIXON		59	0			N																	25-14	2.380.000	30	380.800	0	0	0	0	EPS005	2.380.000	30	297.500	14-23	2.380.000	30	1	12.500	CCF24	2.380.000	30	47.600	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 30 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:

TI	1011224686	isabella moreno bellon	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,

NIXON MORENO GIRALDO
C.C. 93337192



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

NUIP 1011224686

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53181629



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 90	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código A 1 H
--	---	-----------	------------------------------------	--	--	--------------

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

Datos del Inscrito

Primer Apellido MORENO	Segundo Apellido BELLON
Nombre(s) ISABELLA	
Fecha de nacimiento Año 2013 Mes ABR Día 24	Sexo (en letras) FEMENINO
Grupo sanguíneo O	
Factor RH POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo 12098139-4
---	---

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos BELLON VELEZ JENNY ESPERANZA	
Documento de identificación (Clase y número) C.C. 33.368.318	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos MORENO GIRALDO NIXON	
Documento de identificación (Clase y número) C.C. 93.337.192	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MORENO GIRALDO NIXON	
Documento de identificación (Clase y número) C.C. 93.337.192	Firma <i>Nixon Moreno G.</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 2013 Mes ABR Día 25	Nombre y firma del funcionario que autoriza GABRIEL URIBE ROLDAN
---	---

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

ESPACIO PARA NOTAS

DE BOGOTÁ, D.C.
REGISTRO CIVIL

El presente Registro es copia (fotocopia) auténtica tomada al original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Valida para acreditar parentescos.

Se expide a solicitud de Nixon Moreno
Bogotá D.C.

27 ABR. 2013

PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

