



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 ANTIOQUIA

CENTRO TECNOLÓGICO DEL MOBILIARIO REGIONAL ANTIOQUIA

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

Código Regional	5
Código Centro	920510
Fecha Elaboración	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	83594-695682

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	LAURA JOHANNA JARAMILLO QUIROGA	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.101.682.394	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	ljaramillo@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0000000355555798
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:	9104554/2026	Nº Compromiso SIIF	13026	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: 5_9205_156 PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE COORDINACIÓN DE PROCESOS LOGÍSTICOS DEL CENTRO TECNOLÓGICO DEL MOBILIARIO REGIONAL ANTIOQUIA				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 23.371.652
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:	\$ 42.637.473
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 18.634.155

**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>		\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 3.140.497</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	-----	37349925	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título de ICA	4.197.397,00	
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	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299	0,00	0,400%
				0,00	0,400%
				0,00	0,400%
				0,00	0,400%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0,400%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Jaime Isaza Cadavid	18.950,00	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	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 34.479.550	\$ 1.047.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 4.188.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.718.547,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

De conformidad con el anexo informe de actividades que reposa en el expediente del contrato de prestación de servicios personales No C01.PCCNTR.9104554 se dio cumplimiento al siguiente objeto contractual: 5\_9205\_156 PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE COORDINACIÓN DE PROCESOS LOGÍSTICOS DEL CENTRO TECNOLÓGICO DEL MOBILIARIO REGIONAL ANTIOQUIA

Ver anexo de informe de ejecución contractual correspondiente al mes de junio que se encuentra en el proceso del SECOP II vigencia 2026.

**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

LAURA JOHANNA JARAMILLO QUIROGA  
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,

JAIME LEON VERGARA AREIZA  
COORDINADOR ACADÉMICO

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  
CARLOS MARIO CASTAÑEDA MONSALVE  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

RAZÓN SOCIAL :	LAURA JOHANNA JARAMILLO QUIROGA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1101682394
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	01
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	01
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-09
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-06-24
FECHA DE PAGO:	2026-06-09
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-05
PERÍODO SALUD:	2026-05
NÚMERO PLANILLA:	37349925
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37349925
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.895.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	\$ 236.900
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.895.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 303.300	\$ 303.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.895.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.900	\$ 9.900
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 550.100	\$ 550.100

# PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	24/07/2026
----------------------------------	------------



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



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Itagüí, 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>1101261967</b>	<b>JARED ALEJANDRO SANABRIA JARAMILLO</b>	<b>HIJO</b>
<b>R.C.</b>	<b>1101263077</b>	<b>MARIA JOSÉ DAZA JARAMILLO</b>	<b>HIJO</b>

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

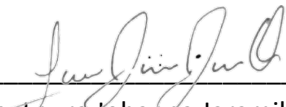
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: Laura Johanna Jaramillo Quiroga

C.C. 1101682394



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



\*  
B  
7  
2  
9  
E  
E  
\*

NUIP 1101261967

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39396778

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina  
Registraduría  Notaría  Número 01 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código R 5 H  
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
COLOMBIA\* SANTANDER\* SAN GIL ( NOTARÍA PRIMERA)\*\*\*\*\*

Datos del inscrito  
Primer Apellido SANABRIA \* \* \* \* \* Segundo Apellido JARAMILLO \* \* \* \* \*  
Nombre(s) JARED ALEJANDRO \* \* \* \* \*  
Fecha de nacimiento Año 2 0 1 3 Mes F E B Día 0 9 Sexo (en letras) MASCULINO \* \* \* \* \* Grupo Sanguíneo B \* \* Factor RH POSITIVO  
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)  
COLOMBIA \* SANTANDER \* SAN GIL \* \* \* \* \*

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos CERTIFICADO MÉDICO \* \* \* \* \* Número certificado de nacido vivo 11645213-6 \*

Datos de la madre  
Apellidos y nombres completos JARAMILLO QUIROGA LAURA JOHANNA \* \* \* \* \*  
Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 1.101.682.394 DEL SOCORRO \* \* \* \* \* Nacionalidad COLOMBIANA \* \*

Datos del padre  
Apellidos y nombres completos SANABRIA EDGAR ALFONSO \* \* \* \* \*  
Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 1.098.408.383 DE CHARALA \* \* \* \* \* Nacionalidad COLOMBIANA \* \*

Datos del declarante  
Apellidos y nombres completos SANABRIA EDGAR ALFONSO \* \* \* \* \*  
Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 1.098.408.383 DE CHARALA \* \* \* \* \* 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 2 0 1 3 Mes F E B Día 1 8 Nombre y firma del funcionario que autoriza HERMAN ARENAS CORREA  
Nombre y firma NOTARIO PRIMERO DEL CÍRCULO DE SAN GIL

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



# NOTARIA 1

## CERTIFICA QUE:

La presente fotocopia es fiel copia tomada del registro civil original que reposa en los archivos de esta notaria con el SERIAL No. **39396778**

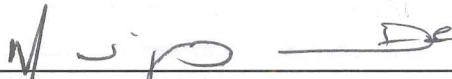
SOLICITADO POR: **LAURA JOHANNA JARAMILLO QUIROGA**

C.C. No. **1.101.682.394**

VALIDO PARA: **DEMOSTRAR PARENTESCO**

FECHA DE EXPEDICION: **6/12/2024**

TIENE VALIDEZ PERMANENTE



**NUBIA BAUTISTA CALDERON**

**NOTARIA PRIMERA ENCARGADA DE SAN GIL**

**RESOLUCION No. 100-33-872-2024 DE DICIEMBRE 03 DE 2024 - ALCALDIA MUNICIPAL**

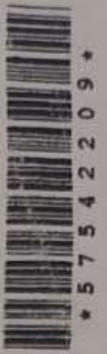
Carrera 10 No. 10 - 25 Tel. (607) 7241459 - 7235633 - [primerasangil@supernotariado.gov.co](mailto:primerasangil@supernotariado.gov.co)





**REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**  
**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **57542209**



NUIP **1101263077**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número **01** Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código **R 5 H**

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía **COLOMBIA \* SANTANDER \* SAN GIL (NOTARÍA PRIMERA) \* \* \* \* \***

Datos del inscrito

Primer Apellido **DAZA** Segundo Apellido **JARAMILLO**

Nombre(s) **MARIA JOSE**

Fecha de nacimiento Año **2020** Mes **A B R** Día **05** Sexo (en letras) **FEMENINO** Grupo sanguíneo **B** Factor RH **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección) **COLOMBIA \* SANTANDER \* SAN GIL \* \* \* \* \***

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos **CERTIFICADO DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo **15910597-4**

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos **JARAMILLO QUIROGA LAURA JOHANNA**

Documento de identificación (Clase y número) **C.C. No. 1101682394** Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos **DAZA CONTRERAS ALEXIS SANTIAGO**

Documento de identificación (Clase y número) **C.C. No. 1100963718** Nacionalidad **COLOMBIANO**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **DAZA CONTRERAS ALEXIS SANTIAGO**

Documento de identificación (Clase y número) **C.C. No. 1100963718** Firma **Alexis Santiago Daza Contreras**

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 **2020** Mes **A B R** Día **23** Nombre y firma del funcionario que autoriza **ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA**

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento **ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA**

Firma **Alexis Santiago Daza Contreras**

ESPACIO PARA NOTAS

NO SE TOMAN HUELLAS PLANTARES AL INSCRITO, DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN LA CIRCULAR CONJUNTA No. 037 DE MARZO 27 / 2020, PROFERIDA POR LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL Y LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO. (EMERGENCIA SANITARIA GENERADA POR LA PANDEMIA DE CORONAVIRUS COVID -19)

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Dpto. de Notaría y Registro - Calle 100 No. 100-100 - Bogotá, D.C.