



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 INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL-SANTANDER

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

Código Regional	68
Código Centro	922410
Fecha Elaboración	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	57600-728711

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	LUZ ADRIANA GUALDRON DIAZ	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	37.861.843	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	adriana.gualdrondiaz@gmail.com	Número de Cuenta:	30665693151
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	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:	9202963/2026	Nº Compromiso SIIF	71726	Número de pagos durante la vigencia del contrato	8
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: APOYO GESTION ROL DE INSTRUCTOR PARA EL PROGRAMA DE FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL Y PRESENCIAL CIMI, AREA DE INFLUENCIA FAMILIA DISEÑO. PL 204D VR MES \$ 2.368.749- CESION CONTRATO				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 14.449.369
Número de pago	2			Valor Total del Contrato:	\$ 16.107.493
Valor Bruto Pago:	\$ 2.368.749,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 12.080.620

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 2.368.749	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>\$ 2.368.749</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 1.192.074</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	-----	86336786	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.192.074,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.368.749,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 218.900	\$ 218.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 280.200	\$ 280.200	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 III	\$ 42.700	\$ 42.700	Menos Retención IVA	0,00	15%
	\$ -	\$ -	Reteica - 8530 - GIRON CON BOMB	14.212,00	0,600%
	\$ -	\$ -		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	\$ 236.875	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Sobretasa Bomberil	711,00	5,000%
Renta Exenta 25%	\$ 27.583.640	\$ 398.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 238.000	\$ -			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$2.353.826,00</b>	

**SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE**

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

Se ajustaron las actividades de los cursos de acuerdo con lineamientos en el cronograma de actividades
Planificar y estructurar el curso, revisar y habilitar el material en la plataforma

<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>	
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	 <b>LUZ ADRIANA GUALDRON DIAZ</b> EL CONTRATISTA

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	Autorizo el presente pago. El Supervisor,
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.	<b>WILLIAM ALBERTO MEJIA SANTAMARIA</b> 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**  
**JORGE RICARDO ROZO HERNANDEZ**  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

### POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

#### HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **LUZ ADRIANA GUALDRON DIAZ**, identificado con **CC No. 37861843**, registra la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	<b>Fecha de inicio de cobertura:</b> 01/06/2026 <b>Estado Afiliación:</b> ACTIVO <b>Fecha de inicio de Contrato:</b> 01/06/2026 <b>Fecha fin de Contrato:</b> 03/12/2026 <b>Tipo Vinculación:</b> TRABAJADOR INDEPENDIENTE <b>Clase de riesgo:</b> 3 <b>Actividad económica:</b>

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad en [www.positiva.gov.co](http://www.positiva.gov.co) para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de Junio de 2026.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES**  
**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**  
JAGC

Fecha creación reporte 2026-06-16, 02:58:32 p.m. | Tipo Planilla | Número Planilla 86336786

Periodo Cotización 202606

Periodo Servicio 202606

## PAGADA 2026-06-16 14:57:34.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	LUZ ADRIANA GUALDRON DIAZ		
<b>Documento</b>	CC 37861843	<b>Dirección</b>	CL 63 #45 - 105 LA FLORESTA
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Teléfono</b>	6214212
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Ciudad</b>	BARRANCABERMEJA	<b>Departamento</b>	SANTANDER
<b>Representante Legal</b>		<b>Total Afiliados</b>	1
		<b>Identificación</b>	

### II. DATOS DEL AFILIADO

<b>Documento</b>	CC 37861843	<b>Residente</b>		<b>Exonerado</b>	N	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Código Ciudad - Departamento</b>	<b>Centro de Trabajo</b>	<b>Ubicación Laboral</b>
<b>Tipo Cotizante</b>	59 00					GUALDRON DIAZ LUZ ADRIANA	68081000 - 68		SANTANDER

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades														Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales																			
ING	RET	TDE	TAE	TDF	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARPA	Días CCF	Extranjero	Tipo salario	Salario	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF		
X															0	30	30	0			\$ 1.750.905	25-14		16 %	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	EPS010		12,5 %	\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	14-23	3	2,436 %	\$ 1.750.905	\$ 42.700	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

### IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Girón, 16 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 párrafo 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>1097503906</b>	<b>ANGÉLICA MARÍA RODRÍGUEZ</b> <b>GUALDRÓN</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: LUZ ADRIANA GUALDRÓN DÍAZ

C.C. 37861843



**ANEXOS  
TARJETA DE IDENTIDAD**





REGISTRO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE

ARTÍCULO 27 LEY 962 DE 2005. COPIAS DE LOS REGISTROS DEL ESTADO CIVIL... PARÁGRAFO. Las copias del registro civil de nacimiento tendrán plena validez para todos los efectos...

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50322728

NUIP 1097503906

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número 08 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código Q 6 E

País COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

RODRIGUEZ Primer Apellido GUALDRON Apellido(s)

ANGELICA MARIA Nombre(s)

Año 2 0 1 1 Mes A B R Día 3 0 Sexo (en letras) femenino Grupo sanguíneo O Factor RH Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección) COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Título de Documento de Inscripción o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

10613156-6

Datos de la madre

GUALDRON DIAZ LUZ ADRIANA Apellidos y nombres completos

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 37.861.843 Documento de Identificación (Clase y número) COLOMBIANA Nacionalidad

Datos del padre

RODRIGUEZ MENDEZ ANTONIO DOMINGO Apellidos y nombres completos

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.952.981 Documento de Identificación (Clase y número) COLOMBIANO Nacionalidad

Datos del declarante

RODRIGUEZ MENDEZ ANTONIO DOMINGO Apellidos y nombres completos

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.952.981 Documento de Identificación (Clase y número)

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)

Fecha de Inscripción Año 2 0 1 1 Mes M A Y Día 0 2

Nombre y firma del funcionario que autoriza DR. MANUEL SALVADOR MEGA NIÑO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRO CIVIL DE BUCARAMANGA

03 AGO 2012

NOTARIA DE BUCARAMANGA

NOTARIO ESTADO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REGENDA S.A. NIT. 890.521.161-0 100242251



**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:

<b>DEDUCCION</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>REQUISITOS</b>
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