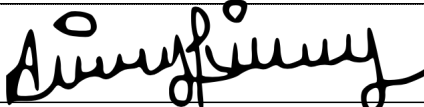
 <b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	25		
	REGIONAL CUNDINAMARCA DESPACHO DIRECCION		Código Centro	101025		
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Fecha Elaboración	Junio de 2026		
			Versión	ENERO - 1.26		
			ID de Proceso	01290-378466		
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>						
Nombres y apellidos: LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO		Banco a consignar: DAVIVIENDA				
Cédula de Ciudadanía: 1.016.099.051		Tipo de cuenta: AHORROS				
Correo electrónico: alejandraalvarado_715@hotmail.com		Número de Cuenta: 488436440843				
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA: NO				
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		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%				
<b>DATOS DEL CONTRATO</b>						
Nº del contrato:	9038181/2026	Nº Compromiso SIIF	11726	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12	
OBJETO CONTRACTUAL:	APOYOS ADM. Y GEST. - PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES CON CARÁCTER TEMPORAL Y PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA PARA APOYAR LA GESTIÓN JURÍDICA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y NORMATIVOS VIGENTES EN LA DIRECCIÓN REGIONAL CU					
<b>DATOS PERIODO DEL PAGO</b>						
Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 27.466.667	
Número de pago	6	Valor Total del Contrato:	\$ 45.320.000			
Valor Bruto Pago:	\$ 4.120.000.00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 23.346.667			
<b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>						
Ingresos por honorarios	\$ 4.120.000	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	\$ 4.120.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0			
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.399.700		\$ 0			
<b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>						
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS		Junio	Mayo	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.399.700,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Base retención en la fuente a título de ICA	3.620.900,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 218.900	\$ 218.900	\$ 218.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 280.200	\$ 280.200	\$ 280.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 9.200	\$ 9.200	\$ 9.200	Menos Retención IVA	0,00	15%
	\$ -	\$ -	\$ -	Reteica - 69102 - BOGOTÁ	27.736,00	0,766%
	\$ -	\$ -	\$ -		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	\$ 412.000	\$ 412.000	\$ 412.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 800.000	\$ 800.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.382.000	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 4.092.264,00	
<b>SON: CUATRO MILLONES NOVENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE</b>						
<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>						
Se diligencia base de datos de acciones de tutela.						
Se remitió insumos para la estructuración del convenio - SENA - Universidad de La Rioja.						
Se remitió insumos para la estructuración del convenio - SENA - Universidad de La Salle.						
Revise certificación de norma de creación Municipio de Guatavita.						
Asistió a sesión de Consejo Directivo Regional Cundinamarca SENA.						
Se realiza requerimiento para tramite de liquidación Convenio Concesión de Alto Magdalena.						
Realice convocatoria ordinaria del comité técnico coordinador - Convenio Marco Especial de Cooperación No. 001-2026.						
Se reporta al Consejo Directivo Regional Cundinamarca SENA, el estado de los convenios viabilizados.						
Asistió a diversas convocatorias de reuniones.						
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				 LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO EL CONTRATISTA		
<b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>						
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.				MARITZA VELASCO DIAZ 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 JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON DIRECTOR REGIONAL G07 (E)						

**CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá,

Señores:

**SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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 la persona relacionada a continuación, tiene la calidad de dependiente a mi cargo:

R.C	1.020.007.340	JUAN ESTEBAN GUILLEN ALVARADO	HIJO
-----	---------------	-------------------------------	------

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.



LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO

C.C.: 1.016.099.051 DE BOGOTÁ D.C.



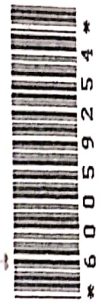
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1026007340

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

60059254



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ

Datos del inscrito

Primer Apellido: GUILLEN Segundo Apellido: ALVARADO

Nombre(s): JUAN ESTEBAN

Fecha de nacimiento: Año 2017 Mes 01 Día 11 Sexo (en letras): MASCULINO Grupo sanguíneo: D 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: 15429258-0

Datos de la 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: ALVARADO FRANCO LINA ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 1016099051 de BOGOTÁ D.C.

Nacionalidad: Colombiana

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: GUILLEN REY CARLOS ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 1016074351 de BOGOTÁ D.C.

Nacionalidad: Colombiana

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GUILLEN REY CARLOS ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 1016074351 de BOGOTÁ D.C.

Firma:

Firma:

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 2017 Mes 01 Día 11

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ALEJANDRO HERNANDEZ TRUJILLO

Nombre y firma:

-SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO-

BOGOTÁ, D.C.

12 AGO. 2019



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016099051	LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO		Cra 18 # 15- 36	0000000	alejandraalvarado_715@hotmail.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
		92503583	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$2,400,000	\$744.600	

## 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	300.000	0		0		0	0	0	0	300.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	384.000	0	0	0	0	0	0		384.000	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	12.600				12.600	0	0	12.600			126	12.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	48.000	0	0	48.000	1

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	300.000	300.000
PenSIón	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	1	12.600	12.600
CCF	1	48.000	48.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>744.600</b>	<b>744.600</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016099051	LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO		Cra 18 # 15- 36	0000000	alejandraalvarado_715@hotmail.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
		92503583	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$2,400,000	\$744.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TAP	IP	IP	IP	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 1016099051	ALVARADO FRANCO LINA ALEJANDRA	59	0			N																	230201	2.400.000	30	384.000	0	0	0	0	EPS005	2.400.000	30	300.000	14-23	2.400.000	30	1	12.600	CCF21	2.400.000	30	48.000	0	0	0	0	0

PAGADA