



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 BOYACÁ
CENTRO MINERO-BOYACÁ

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

Código Regional	15
Código Centro	911110
Fecha Elaboración	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	42677-809029

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	IVONNE ADRIANA SANCHEZ NIÑO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	46.380.250	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	iasanchez@sena.edu.co	Número de Cuenta:	31806057820
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?			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	9251501/2026	Nº Compromiso SIIF	13826	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: COMUNICADO NO 15-9-2026-001815PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA PLANEAR, ORIENTAR, EJECUTAR Y EVALUAR ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN LAS DIFERENTES MODALIDADES Y NIVELES DE FORMACIÓN, CONFORME				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 30.319.974
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 48.954.125
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.496,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 25.582.478

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.496	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	\$ 4.737.496		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.758.446	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	-----	6019158381	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.758.446,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.998	\$ 1.894.998	Base retención en la fuente a título de ICA	4.737.496,00	
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 III	\$ 46.200	\$ 46.200	Menos Retención IVA	0,00	15%
	\$ -	\$ -	Reteica - 8559 - SOGAMOSO	9.475,00	0,200%
	\$ -	\$ -		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%	\$ 37.927.505	\$ 919.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.615.000	\$ -			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$4.728.021,00	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante este periodo de cumplimiento de las obligaciones del contrato No. C01. PCCNTR. 9251501, se realiza seguimiento de etapa practica a las fichas 2846966 y ficha 2769531. Se realiza formación con la ficha procesos de la industria química 3412701, con la competencia: Elaborar productos químicos según especificaciones técnicas y normativa legal, no se adjunta reportes de juicios de evaluación porque aún se realiza evaluación de desempeño y no se han terminado prácticas de laboratorio. Se adjuntan juicios de evaluación de etapa práctica. Se evalúan aprendices de plan de mejoramiento de la ficha 3063765 de química aplicada a la industria, dentro de las obligaciones contractuales esta el apoyo a divulgación de ofertas educativas y se apoya la III oferta presencial y a distancia.

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

**IVONNE ADRIANA SANCHEZ NIÑO
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,

**YANETH GIOVANNA LOPEZ CAPERA
SECRETARIA 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
ANGELA MARIA MONTOYA CASTRO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46380250	NÚMERO PLANILLA:	6019158381	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	IVONNE ADRIANA SANCHEZ NIÑO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CL 9 NO 2 06	TELÉFONO:	BOYACA	DÍAS DE MORA:	mayo AÑO 2026	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	382071062
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	7777777	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/11		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	TOTAL APORTES A PENSIÓN				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE			APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES	
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 303.200	EMPLEADOR \$ 0	COTIZANTE \$ 0	SOLIDARIDAD \$ 0	SUBSISTENCIA \$ 0	COTIZACIÓN \$ 0	FSP \$ 0	APORTES \$ 303.200	MORA \$ 0	DESCUENTO \$ 0	VALOR PAGADO \$ 303.200		
SUBTOTALES:										\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 303.200		

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTAL APORTES A SALUD			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	
SUBTOTALES:												\$ 236.900	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 46.200	\$ 46.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 46.200
SUBTOTALES:								\$ 46.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 46.200

DATOS DEL COTIZANTE																		LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SEGURIDAD SOCIAL						PARAFISCALES												
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP
1	CC 46380250	SANCHEZ NIÑO IVONNE ADRIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.894.998				NO																	230301-PORVENIR	30	1.894.998	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 303.200	EPS037-NUEVA EPS	30	1.894.998	\$ 236.900	\$ 0	\$ 236.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.894.998	\$ 46380250	\$ 46.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 586.300



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

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, 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:

T.I.	1054288008	SAMUEL ESTEBAN TORRADO SANCHEZ	HIJO
-------------	-------------------	---------------------------------------	-------------



T.I	1054289458	LUNA ISABELLA TORRADO SANCHEZ	HIJA
-----	------------	-------------------------------	------

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,

Nombre: Ivonne Adriana Sánchez Niño
C.C. 46380250 de Sogamoso.



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50224158

NUIP 1054288008

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 03	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código E 2 W
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO						

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
TORRADO		SANCHEZ	
Nombre(s)			
SAMUEL ESTEBAN			
Fecha de nacimiento			
Año	Mes	Día	Sexo (en letras)
2011	FEB	12	MASCULINO
Grupo sanguíneo		Factor RH	
A0 #		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10518098_4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
SANCHEZ NIÑO IVONNE ADRIANA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 46.386.250 SOGAMOSO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
TORRADO DELGADO MANUEL SEBASTIAN	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 13.277.931 CUCUTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos		Firma
TORRADO DELGADO MANUEL SEBASTIAN		
Documento de Identificación (Clase y número)		
C.C. 13.277.931 CUCUTA		

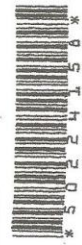
Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos		Firma
Documento de Identificación (Clase y número)		

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos		Firma
Documento de Identificación (Clase y número)		

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2011 Mes MAR Día 20	EDGAR ULLOA ULLOA
	Nombre y firma



-SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO-



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial **54339032**

NUIP 1054289458

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	<input type="checkbox"/>	Notario	<input checked="" type="checkbox"/>	Número	03	Corredor	<input type="checkbox"/>	Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>	Código	E 2 N
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía													
COLOMBIA			BOYACA			SOGAIMOSO							

Datos del inscrito

Primer Apellido			Segundo Apellido								
TORRADO			SANCHEZ								
Nombre(s)											
LUNA ISABELLA											
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo		Factor RH	
Año	2015	Mes	FEB	Día	12	FEMENINO		"O"		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)											
COLOMBIA			BOYACA			SOGAIMOSO					

Datos de la madre

Tipo de documento antecedente o Declaración de certezas			Número certificado de nacimiento								
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO			52664916.0								
Apellidos y nombres completos						Nacionalidad					
SANCHEZ NIÑO IVONNE ADRIANA						COLOMBIANA					
Documento de identificación (Clase y número)						Nacionalidad					
C.C. 46.380.250 SOGAIMOSO						COLOMBIANA					

Datos del padre

Apellidos y nombres completos						Nacionalidad					
TORRADO DELGADO MANUEL SEBASTIAN						COLOMBIANA					
Documento de identificación (Clase y número)						Nacionalidad					
C.C. 13.277.931 CUCUTA						COLOMBIANA					

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos						Firma					
TORRADO DELGADO MANUEL SEBASTIAN											
Documento de identificación (Clase y número)						Firma					
C.C. 13.277.931 CUCUTA						<input checked="" type="checkbox"/>					

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos						Firma					
Documento de identificación (Clase y número)						Firma					

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos						Firma					
Documento de identificación (Clase y número)						Firma					

Fecha de inscripción **Nombre y firma del funcionario que autoriza**

Año	2015	Mes	MAR	Día	09	EDGAR ULLOA ULLOA					
						Nombre y firma					

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



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:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
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