



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  
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	11
Código Centro	940510
Fecha Elaboración	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	33008-909964

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos:	CHARLY MICHEL JIMENEZ VARGAS	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.070.616.655	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	charly12brs@gmail.com	Número de Cuenta:	488406853223
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:	8934156/2026	Nº Compromiso SIIF	3526
		Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar servicios personales temporales con autonomía técnica, administrativa, financiera y tecnológica, para apoyar los procesos de Formación Profesional Integral en competencias del area tematica de Software		

DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del	01/06/2026	Al	30/06/2026
Número de pago	6	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 30.793.731
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00	Valor Total del Contrato:	\$ 50.059.552
		Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 26.056.234

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	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.497</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.785.747</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	-----	9505299536	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo 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 - BOGOTÁ	40.547,00	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	\$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 928.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.712.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.696.950,00</b>	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

OB1: Realice sesiones de formación y elaboración de guías de apoyo según programación académica.
OB2: Genere charlas para socializar las guías, actividades y evidencias mediante Classroom y repositorios institucionales.
OB3: Realice inducciones y acuerdos académicos para fortalecer el proceso formativo integral.
OB4: Realice la gestión para la asociación y seguimiento de fichas académicas solicitadas por coordinación.
OB5: Realice charlas y acompañamiento para fortalecer la permanencia de los aprendices.
OB6: Realice la notificación de novedades académicas mediante actas y repositorios institucionales.
OB9: Genere informes, soportes, guías y documentación del proceso formativo realizado.
OB10: Participe en espacios de fortalecimiento pedagógico y actualización académica.
OB12: Socialice el adecuado uso de ambientes, equipos y recursos institucionales asignados

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
<b>CHARLY MICHEL JIMENEZ VARGAS</b> <b>EL CONTRATISTA</b>

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>GIOVANNI AGUDELO FIQUE</b> <b>INSTRUCTOR G16</b>

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**  
**MIREYA PARRA PINTO**  
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070616655		JIMENEZ VARGAS CHARLY MICHEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cli 13 19 35 centenario	GIRARDOT-CUNDINAMARCA	3104778284	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	340917286	9505299536	I	2026/06/12	2026/05/27	BANCO DAVIVIENDA	0	\$589,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,900,000	\$304,000			\$1,900,000	\$237,500			\$1,900,000	\$38,000			\$1,900,000	\$10,000			\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,900,000	\$304,000			\$1,900,000	\$237,500			\$1,900,000	\$38,000			\$1,900,000	\$10,000			\$0	\$0
Ciudad: GIRARDOT Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados)					\$1,900,000	\$304,000			\$1,900,000	\$237,500			\$1,900,000	\$38,000			\$1,900,000	\$10,000			\$0	\$0
1	CC 1070616655	JIMENEZ CHARLY	230301	30	\$1,900,000	\$304,000	EPS017	30	\$1,900,000	\$237,500	CCF24	30	\$1,900,000	\$38,000	14-11	30	\$1,900,000	\$10,000	30		\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$1,900,000	\$304,000			\$1,900,000	\$237,500			\$1,900,000	\$38,000			\$1,900,000	\$10,000			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070616655		JIMENEZ VARGAS CHARLY MICHEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 13 19 35 centenario	GIRARDOT-CUNDINAMARCA	3104778284	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	340917286	9505299536	I	2026/06/12	2026/05/27	BANCO DAVIVIENDA	0	\$589,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$304,000	\$0	\$0	\$304,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$304,000	\$0	\$0	\$304,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,000	\$0	\$0	\$10,000	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$10,000	\$0	\$0	\$10,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$38,000	\$0	\$0	\$38,000	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$38,000	\$0	\$0	\$38,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$237,500	\$0	\$0	\$237,500	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$237,500	\$0	\$0	\$237,500	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$589,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$589,500</b>	

Ciudad, Junio/2026

Señores

**Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)**

**Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano (para las Regionales)**

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Ciudad Bogotá

Asunto: Solicitud deducible retención en  
fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

<b>Amy Lina Jimenez Cardenas</b>	<b>Registro civil 1070628888</b>	<b>Calidad del Dependiente 1. Hijos menores 18 años Hija .</b>

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

**Charly Michel Jimenez Vargas**  
**CC.1070616655**

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento   X
- Certificado de estudios.
- Certificado contador público.
- Certificado medicina legal.



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá- junio 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)  
Ciudad de 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:

<b>Registro civil</b>	<b>1070628888</b>	<b>Amy Lina Jimenez Cardenas</b>	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,

Firma: 

---

Nombre: Charly Michel Jimenez Vargas  
Documento: 1070616655



***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

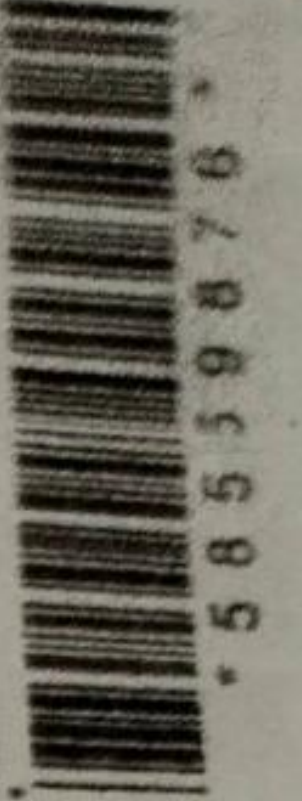


REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58559876

NUIP 1.070.628.889



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaria  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código J 4 M

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

REGISTRADURIA DE GIRARDOT - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT

DATOS DEL INSCRITO

Primer Apellido Segundo Apellido

JIMENEZ CARDENAS

Nombre(s)

AMY LINA

Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH

AÑO 2018 Mes JUN Día 03 ELEMENTANO POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO 14754783-5

Datos de la madre o padre (Para casos de pueros indígenas con línea matrilineal, o pueros del mismo sexo, o pueros en procreación que impliquen la declaración de un puero resultante del incesto)

Apellidos y nombres completos

CARDENAS AMAYA JENIFER PAOLA

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

CC 1.070.614.215 COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueros indígenas con línea matrilineal, o pueros del mismo sexo, o pueros en procreación que impliquen la declaración de un puero resultante del incesto)

Apellidos y nombres completos

JIMENEZ VARGAS CHARLY MICHEL

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

CC 1.070.616.655 COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JIMENEZ VARGAS CHARLY MICHEL

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

CC 1.070.616.655 COLOMBIA

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

Firma

Fecha de inscripción Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año 2018 Mes JUN Día 25 CLARA ANA GONZALEZ GONZALEZ - REGIS

Nombre y firma

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

Firma Nombre y firma

25 JUN 2018 - LIBRO DE VARIOS - ESPACIO PARA NOTAS - TOMO 49 FOLIO 0044

Firma

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO