



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 GESTIÓN INDUSTRIAL- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	921110
Fecha Elaboración	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	73739-797621

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	NATALIE ANDREA GONZALEZ CHAVARRO	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	53.016.223	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	nagonzales@sena.edu.co	Número de Cuenta:	24069422597
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	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:	9041273/2026	Nº Compromiso SIIF	2926	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de caracter temporal, con autonomía e independencia, apoyando la gestión integral del plan de acción de bienestar al aprendiz del centro de formación, incluyendo actividades de formulación, implementación, seguimiento y reporte, en concordancia con los lineamientos institucionales y la normatividad vigente.				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 28.840.000
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:	\$ 46.006.667
Valor Bruto Pago:	\$ 4.120.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 24.720.000

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

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
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.120.000</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.399.700</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

**LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR**

	Junio	Mayo			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	9505042069	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.399.700,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.620.900,00	
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	\$ 9.200	\$ 9.200	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - BOGOTÁ	34.978,00	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	\$ 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		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.227.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.085.022,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES OCHENTA Y CINCO MIL VEINTIDOS PESOS M/CTE**

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

El laborar y presentar para validación del supervisor del contrato un plan de trabajo que incluya cronograma de actividades y entregables
Formular, de manera articulada con el equipo de Bienestar al Aprendiz del Centro de Formación, el Plan de Bienestar al Aprendiz conforme a la normatividad institucional vigente, y presentarlo para validación del supervisor del contrato.
Brindar apoyo técnico en la orientación y seguimiento de las estrategias definidas para el fortalecimiento de la cultura institucional ciudadana, digital y ambiental, orientadas al cumplimiento de normas y lineamientos institucionales
Brindar apoyo al seguimiento de la ejecución del presupuesto asignado al área de Bienestar al Aprendiz, como insumo para el control y la planeación de las actividades del área
Apoyar el desarrollo de estrategias de orientación a los aprendices en temas relacionados con la salud física y mental

**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

*Natalie Gonzalez*

**NATALIE ANDREA GONZALEZ CHAVARRO  
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,

*Juan Carlos Cristancho*  
**JUAN CARLOS CRISTANCHO CHAPARRO  
PROFESIONAL G04**

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  
JULIAN ANDRES CASTELLANOS CASTRO  
SUBDIRECTOR 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 53016223		GONZALEZ CHAVARRO NATALIE ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 23#13-04 int 2 apto 202	MADRID-CUNDINAMARCA	8285169	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	355333080	9505042069	I	2026/06/05	2026/06/01	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$508,300


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>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0
Ciudad: MADRID Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0
1	CC	53016223	GONZALEZ NATALIE	230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS010	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,750,905	\$9,200	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53016223		GONZALEZ CHAVARRO NATALIE ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 23#13-04 int 2 apto 202	MADRID-CUNDINAMARCA	8285169	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	355333080	9505042069	I	2026/06/05	2026/06/01	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$508,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$508,300</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$508,300</b>	



**PSE - Transacción Aprobada  CUS 355333080**

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: naty.ts.1422@gmail.com

1 de junio de 2026 a las 15:13



**¡Hola, natalie gonzalez!**

**Estado de la Transacción:** Aprobada 

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Valor:** \$ 508.300,00

**Empresa:** APORTES EN LINEA

**Descripción:** Pago de la Planilla de aportes con clave:  
9505042069






**Fecha de la transacción:** 01/06/2026

**CUS:** 355333080

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**

-  Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
-  No abras enlaces sospechosos.
-  Cambia tus contraseñas con regularidad.
-  Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
-  Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

**\*AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:**

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias.\*



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 26 de Enero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)  
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:

TI	1032681382	Juanita Abril Gonzalez	Hijo(a)
----	------------	------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

NATALIE ANDREA GONZALEZ CHAVARRO  
C.C. 53016223



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

**NUIP** 1032681382

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo  
Serial

43592182

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría  Notaría  Número 1 2 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código A Y C

**Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía**  
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

**Datos del Inscrito**

Primer Apellido: ABRIL  
Segundo Apellido: GONZALEZ  
Nombre(s): JUANITA

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes MAY Día 22 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH +

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)  
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO  
Número certificado de nacido vivo: 51920520-9

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ CHAVARRO NATALIE ANDREA  
Documento de identificación (Clase y número): C.C. # 53.016.223 DE BOGOTA  
Nacionalidad: COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: ABRIL GONZALEZ ANDRES RAMIRO  
Documento de identificación (Clase y número): C.C. # 80.904.328 DE BOGOTA  
Nacionalidad: COLOMBIANO

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: ABRIL GONZALEZ ANDRES RAMIRO  
Documento de identificación (Clase y número): C.C. # 80.904.328 DE BOGOTA  
Firma: [Firma manuscrita]

**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 2009 Mes JUN Día 01  
Nombre y firma del funcionario que autoriza: BERNI FRANCISCO ESCALONA

Reconocimiento paterno: [Firma manuscrita] [Huella dactilar]  
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: BERNI FRANCISCO ESCALONA

**ESPACIO PARA NOTAS**

LIBRO DE VARIOS 1 FOLIO 484 DE LA NOTARIA DOCE DE BOGOTA.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

