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 AGROTURISTICO - SANTANDER**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **954110** |
| **Fecha Elaboración** | **Junio de 2026** |
| **Versión** | **ENERO - 1,26** |
| **ID de Proceso** | **18013-073014** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | JOSE FERNANDO CARREÑO LEON | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 91.080.145 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | jfcarreno@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 0550488421404689 |
| **IP/Nº de contacto:** | 0 | **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?** | 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% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 9083139/2026 | **Nº Compromiso SIIF** | **9226** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 12 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LA RED DE CONOCIMIENTO EN INFORMÁTICA, DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE EN EL ÁREA TEMÁTICA INFRAESTRUCTURA , MEDIA PL10 D17 VR MES $ 4737497 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/06/2026 Al 30/06/2026** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 30.319.981 |
| **Número de pago** | **6** | **Valor Total del Contrato:** | $ 50.059.552 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.737.497,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 25.582.484 |

## 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 |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.737.497** | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.785.747** | **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** | | ---------- | **37285269** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.894.999 | $ 1.894.999 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 236.900 | $ 236.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 303.200 | $ 303.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 9.900 | $ 9.900 |
| | | $ | |
| | | $ | |
| | | $ | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ 473.750 | |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 41.375.460 | $ 928.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 3.763.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.785.747,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 0,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8551 - SAN GIL | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.737.497,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Grupo: 3410115 – AGROTRONICA Fecha de inicio 3,4,17,18 y 19 Junio 2026 Total horas: 30

COM 3519896 MANEJO BASICO DE LA HERRAMIENTA DE HOJAS DE CALCULO EXCEL Fecha de inicio 5,9,16,22 y 23 Junio Total horas: 25

Grupo: 3410132 - Sistemas Teleinformáticos Fecha de inicio 6,10,11,12,13,20,24,25,26 y 27 Junio 2026 Total horas: 50

Grupo: 3145911 IMPLEMENTACION DE INFRAESTRUCTURA DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES

Fecha de inicio 9,10,11,,12,16,17,18,19,22,23,24,25,26 y 30 Junio Total horas: 84

Total horas de Junio = 189

**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

**JOSE FERNANDO CARREÑO LEON**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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 período 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**LUIS CARLOS REINA SANCHEZ**
**INSTRUCTOR G20**

**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**
**CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

18/06/26 16:25:18 USUARIO: SIC - C.C. 91080145

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | JOSE FERNANDO CARREÑO LEON |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-91080145 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2026-06-02 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2026-06-11 |
| FECHA DE PAGO: | 2026-06-02 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2026-05 |
| PERÍODO SALUD: | 2026-05 |
| NÚMERO PLANILLA: | 37285269 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 37285269 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 1.896.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 237.000 | $ 237.000 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.896.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 303.400 | $ 303.400 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.896.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 19.800 | $ 19.800 |
| CCF39 | 890200106 | CAJASAN | 1 | $ 1.896.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 38.000 | $ 38.000 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 598.200 | $ 598.200 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 10/07/2026 |

| PROCESO | | |
|---|---|---|
| GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS | | |
| **NOMBRE DEL FORMATO** | | |
| FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS | | |
| **CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN** | | |
| Pública [X] | Pública Clasificada [ ] | Pública Reservada [ ] |

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

San Gil, 30 de junio de 2016

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:

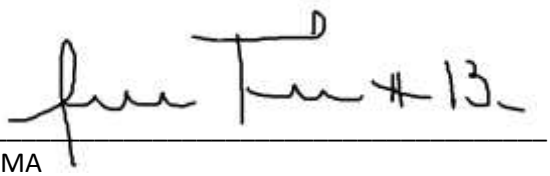
| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1101624653** | **MATTHEW FERNANDO CARREÑO CALDERON** | **HIJO** |

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,



FIRMA
Nombre: **JOSE FERNANDO CARREÑO LEON**
**C.C. 91.080.145 de San Gil**

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1101624653

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 55413458

*55413458*

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

| Registraduría | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | X | 02 | ☐ | ☐ | ☐ | R6H |

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

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL (NOTARIA SEGUNDA)**********

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CARREÑO********** | CALDERON********** |

**Nombre(s)**

MATTHEW FERNANDO**********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2015 Mes ABR Día 12 | Masculino | O | Positivo |

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

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL **********

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 52708770-7********** |

**Datos de la madre**

**Apellidos y nombres completos**

CALDERON PORRAS SILVIA FERNANDA **********

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.1.100.955.428 | COLOMBIANA********** |

**Datos del padre**

**Apellidos y nombres completos**

CARREÑO LEON JOSE FERNANDO **********

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.080.145 | COLOMBIANO********** |

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**

CARREÑO LEON JOSE FERNANDO **********

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.080.145 | |

**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 | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2015 Mes ABR Día 17 | NUBIA CRUZ SOLANO<br>Nombre y firma |

REPUBLICA DE COLOMBIA Dpto. de Santander Notaria 2a del Circulo SAN GIL

IMPRESO POR CARVAJAL FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -