



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	30 de Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	38596-323117

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ERIKA DANIELA MANRIQUE RUEDA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.101.690.235	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	emanriquer@sena.edu.co	Número de Cuenta:	29081673941
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:	8952630/2026	Nº Compromiso SIIF	3126	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST: PRESTACIÓN DE SERVICIOS TEMPORALES DE CARÁCTER PROFESIONAL COMO APOYO A LA GESTIÓN EN EL ROL VALIDADOR Y VINCULADOR DE RECURSOS EDUCATIVOS DIGITALES, PARA REVISAR, RETROALIMENTAR, AJUSTAR, VINCULAR AL LMS PL10 D15 VR MES 4885000				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 31.752.500
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 51.292.500
Valor Bruto Pago:	\$ 4.885.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 26.867.500

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.885.000	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	\$ 4.885.000		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.872.300	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Junio	Mayo	Base retención en la fuente a título de RENTA		
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	5250535126	Base retención en la fuente a título de ICA	2.872.300,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.954.000	\$ 1.954.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 244.300	\$ 244.300	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 312.700	\$ 312.700	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 10.200	\$ 10.200	Reteica - 8299	0,00	0,000%
	\$ -	\$ -		0,00	0,000%
	\$ -	\$ -		0,00	0,000%
	\$ -	\$ -		0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -		0,00	0,000%
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	\$ 488.500	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 37.927.505	\$ 957.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.828.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$4.885.000,00	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

- Participación en reuniones programadas con la líder del Ecosistema y líder de la línea.
- Participación en reuniones programadas con otros roles.
- Realización de las actividades correspondientes al rol de validación.
- Realización de las entregas correspondientes al rol de validación.
- Revisión de los ajustes a los hallazgos producto de las actividades de validación de recursos.
- Empaquetado de componentes para entrega a repositorio.
- Revisión de los ajustes a los hallazgos de repositorio.
- Seguimiento de ajustes a hallazgos de recursos luego de vinculación en plataforma LMS.
- Realización del informe de ejecución contractual y poscuenta del mes de junio.

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

**ERIKA DANIELA MANRIQUE RUEDA
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,

**EDICSON LOPEZ BENJUMEA
INSTRUCTOR G11**

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**

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:	1101690235	NÚMERO PLANILLA:	5250535126	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	ERIKA DANIELA MANRIQUE RUEDA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	TELÉFONO:	SANTANDER	DÍAS DE MORA:	mayo AÑO 2026		mayo AÑO 2026
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	8888888	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	64392501
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Investigaciones y desarrollo experimental en el c				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 312.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 0	\$ 312.700	\$ 300	\$ 0	\$ 313.000	
SUBTOTALES:										\$ 312.700	\$ 300	\$ 0	\$ 313.000	

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 244.300	\$ 0	\$ 200	\$ 0	\$ 244.300	\$ 200	\$ 0	\$ 244.500
SUBTOTALES:										\$ 244.300	\$ 200	\$ 0	\$ 244.500		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
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	\$ 20.400	\$ 20.400	\$ 100	\$ 0	\$ 0	\$ 20.500	
SUBTOTALES:										\$ 20.400	\$ 100	\$ 0	\$ 20.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SEN	ICBF	ESAP	MINEDU										
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1101690235	MANRIQUE RUEDA ERIKA DANIELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.954.000				NO																230301-PORVENIR	30	1.954.000	\$ 312.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 312.700	EPS005-SANITAS S.A	30	1.954.000	\$ 244.300	\$ 0	\$ 244.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.954.000	\$ 110169023	\$ 20.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0				

TOTAL PAGADO: \$ 578.000



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"/>

Junio 2026

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 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:

NUIP - NIP	1.099.431.500	Samara Rios Manrique	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: Erika Daniela Manrique Rueda

C.C. 1.101.690.235



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

61765296

NUIP 1099431500



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código Q Y D

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA NOTARIA 1 BUCARAMANGA * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido: RIOS * * * * * Segundo Apellido: MANRIQUE * * * * *

Nombre(s): SAMARA * * * * *

Fecha de nacimiento: Año 2 0 2 2 Mes M A Y Día 1 2 Sexo (en letras): FEMENINO Grupo sanguíneo: O Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *

Número certificado de nacido vivo: 172330292 * * * * *

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: MANRIQUE RUEDA ERIKA DANIELA * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 1101690235 * * * * *

Nacionalidad: COLOMBIA * * * * *

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: RIOS RONDON ANUARD * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 1095803534 * * * * *

Nacionalidad: COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RIOS RONDON ANUARD * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 1095803534 * * * * *

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 2 0 2 2 Mes M A Y Día 1 9

Nombre y firma del funcionario que autoriza: DIEGO ALFONSO RUEDA GOMEZ

Nombre y firma:

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento:

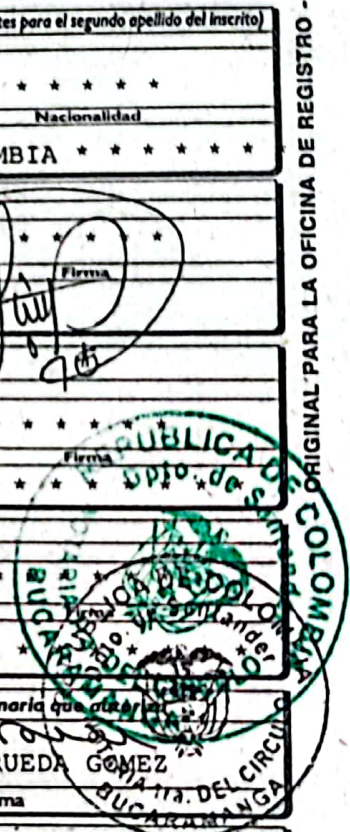
Firma:

Nombre y firma:

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:CN - SE OMITE HUELLAS PLANTARES SEGÚN CIRCULAR N° 041 DE FECHA ABR.15/2020 DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL.;19/05/2022.

DIEGO ALFONSO RUEDA GOMEZ
CÍRCULO NOTARIAL DE BUCARAMANGA
NOTARIO PRIMERO



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO