



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	71091-050601

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	EDITH JOHANA PAJARO MEDRANO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	50.934.326	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	pajarom@sena.edu.co	Número de Cuenta:	79097678826
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.			
Ninguno 0,00%			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	9255599/2026	Nº Compromiso SIIF	95126	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: 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 CONTABILIDAD				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 30.793.731
Número de pago	3			Valor Total del Contrato:	\$ 36.794.560
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			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>		\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.785.747</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Junio	Mayo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	8641381738	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 Retencion 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%	\$31.031.595	\$ 928.000		0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.085.000				
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**

- SE HAN GENERADO LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES
- OBLIGACION 1: DESARROLLAR ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE PROPIAS DE LAS COMPETENCIAS DEL PROGRAMA DE FORMACION ASIGNADO EN CUALQUIERA DE LAS CINCO JORNADAS ACADEMICAS(MAÑANA TARDE Y NOCHE FINES DE SEMANA O MADRUGADA)
- OBLIGACION 2: DOCUMENTAR Y ENTREGAR EVIDENCIAS DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACION DESARROLLADAS
- OBLIGACION 3: Gestionar y ejecutar acciones de formación complementaria según las necesidades definidas por el centro de formación
- OBLIGACION 4: Registrar de manera oportuna los juicios de evaluación de los aprendices asignados máximo dentro de los ocho (8) siguientes
- OBLIGACION 5: Desarrollar acciones para favorecer la permanencia de los aprendices asignados, aplicando la ruta de atención para prevención de deserción y diligenciando los formatos correspondientes
- OBLIGACION 6: Tramitar de manera oportuna las novedades académicas de los aprendices asignados, conforme al reglamento del aprendiz

**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



EDITH JOHANA PAJARO MEDRANO  
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,

JIMMY LEONARDO VELANDIA DAZA  
INSTRUCTOR G18

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)



RAZÓN SOCIAL :	EDITH JOHANA PAJARO MEDRANO
IDENTIFICACIÓN:	CC-50934326
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-05-22
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-06-05
FECHA DE PAGO:	2026-05-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-05
PERÍODO SALUD:	2026-05
NÚMERO PLANILLA:	8641381738
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8618600351
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS048	806008394	EPS-S MUTUAL SER	1	\$ 1.895.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	\$ 236.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.895.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 303.200	\$ 303.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.895.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.900	\$ 9.900
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 550.000	\$ 550.000

# PAGADO

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

CORRESPONSAL BANCARIO  
DAVIBANK

Puntored no te cobra por esta  
transacción

Pago de facturas Davibank

TRANSACCION EXITOSA

Fecha	2026-05-15
Hora	14:02:46
Punto de Venta	227175
Numero de aprobacion UPC	964013
Tipo de transaccion	Recaudo
ID	
Transaccion	1442732655
Puntored	
Codigo del Convenio	11185
Nombre del Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS - 0407
Referencia del Pago	8618600351
Valor Pago	\$550,000

Línea de atención  
personalizada en Bogotá:

601 3487881

Aquí también puede pagar su  
tarjeta de  
credito y creditos de consumo  
del Banco  
Davibank

BANCO DAVIBANK VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE  
COLOMBIA



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 23 de junio de 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 párrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 16 25 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

LEONARDO	SIERRA	PAJARO	R.C: 1062549422
----------	--------	--------	-----------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente con edad entre 01 y 25 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.

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.

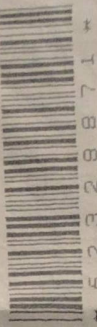
Cordialmente,



**REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**  
**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **62328871**

NUIP **1062549422**



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

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código H 1 R

**Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía**  
COLOMBIA - CORDOBA - MONTERIA NOTARIA 2 MONTERIA \* \* \* \* \*

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: SIERRA \* \* \* \* \* Segundo Apellido: PAJARO \* \* \* \* \*

Nombre(s): LEONARDO \* \* \* \* \*

Fecha de nacimiento: Año 2 0 2 2 Mes O C T Día 0 2 Sexo (en letras): MASCULINO Grupo sanguíneo: A Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección): COLOMBIA - CORDOBA - MONTERIA \* \* \* \* \*

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO \* \* \* \* \* Número certificado de nacido vivo: 22104510121518 \* \*

**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: PAJARO MEDRANO EDITH JOHANA \* \* \* \* \*

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 50934326 \* \* \* \* \* 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: SIERRA ARGUMEDO JORGE LEONARDO \* \* \* \* \*

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 1015422915 \* \* \* \* \* Nacionalidad: COLOMBIA \* \* \* \* \*

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: SIERRA ARGUMEDO JORGE LEONARDO \* \* \* \* \*

Documento de Identificación (Clase y número): CC No. 1015422915 \* \* \* \* \* Firma: *Jorge Leonardo Sierra*

**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 O C T Día 0 6

Nombre y firma del funcionario que autoriza: *Juan Carlos Oviado Gómez*  
JUAN CARLOS OVIADO GÓMEZ  
Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Cadenya S.A.