



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 MANUFACTURA EN TEXTILES Y CUERO- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	921210
Fecha Elaboración	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	69489-178643

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	MATEO TORRES CUÉLLAR	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.020.774.777	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	mattorres@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0550488409433841
IP/Nº de contacto:	1111	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	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:	9139460/2026	Nº Compromiso SIIF	5926	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR PRESTAR SERVICIOS APOYO A FORMACION DEL SENA EN MODALIDAD PRESENCIAL VIRTUAL DISTANCIA				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 25.740.400
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 44.216.638
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 21.002.903

**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	Retención 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	-----	88048497	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título 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%	\$ 34.479.550	\$ 928.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.616.000				
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**

Impartí formación con la intensidad horaria correspondiente para cada una de las fichas programadas de complementaria virtual correspondiente a los requerimientos particulares de los aprendices

Acompañé la formación y lo requerimientos particulares de los aprendices

Realicé los montajes de las fichas de manera adecuada cumpliendo con lineamientos de la guía AVA V.5

Impartí formación integral planteando temática pertinente a los lineamientos de la materia a impartir

Se prepararon todos y cada uno de los contenidos expuestos en la materia además de genera herramientas de calificación para garantizar la calidad de la formación

Se realiza el reporte de aprobados en el aplicativo sena sofía al igual que las novedades de cancelamiento

Se realizan y diligencias las actas de cierre de manera adecuada y pertinente, Seguimiento y divulgación del manual del aprendiz e ins

Cumplir con actividades o requerimientos solicitados para el cumplimiento o desarrollo de planes de mejora

Asistencias planteadas a reuniones de centro

**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

*Mateo Torres Cuéllar*

**MATEO TORRES CUÉLLAR  
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,

*Fabio Alonso Camacho Sapuy*

**FABIO ALONSO CAMACHO SAPUY  
INSTRUCTOR**

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  
CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA  
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020774777	MATEO TORRES CUELLAR		calle152 #48-04 apto 227 bloque 7	4870775	mateotorres8@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		88048497	01/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$3,200,000	\$1.054.000	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	400.000	0		0		0	0	0	0	400.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	512.000	0	0	0	0	0	0		512.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	78.000				78.000	0	0	78.000			780	78.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	64.000	0	0	64.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	400.000	400.000
Pensión	1	512.000	512.000
Riesgos Laborales	1	78.000	78.000
CCF	1	64.000	64.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>1.054.000</b>	<b>1.054.000</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020774777	MATEO TORRES CUELLAR		calle152 #48-04 apto 227 bloque 7	4870775	mateotorres8@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		88048497	01/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$3,200,000	\$1.054.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1020774777	TORRES CUELLAR MATEO		59	0			N																230301	3.200.000	30	512.000	0	0	0	0	EPS008	3.200.000	30	400.000	14-23	3.200.000	30	3	78.000	CCF24	3.200.000	30	64.000	0	0	0	0	0

PAGADA

**Información básica de la planilla**

<b>Empresa:</b>	MATEO TORRES CUELLAR	<b>NIT:</b>	1020774777
<b>Tipo Planilla:</b>	I	<b>Periodo liquidación Pensiones:</b>	mayo 2026
<b>Sucursal o Dependencia:</b>	PRINCIPAL	<b>Periodo liquidación Salud:</b>	mayo 2026
<b>Número de Radicación:</b>	88048497	<b>Total a pagar:</b>	\$1,054,000
<b>Fecha de vencimiento:</b>	19/06/2026	<b>Total de empleados:</b>	1
<b>Fecha de Pago:</b>	01/06/2026	<b>Número de Administradoras:</b>	4

**Detalles del pago**

<b>Razón social recaudo:</b>	Compensar OI	<b>Nit recaudo:</b>	9998600669427
<b>Descripción:</b>	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	<b>Medio de Pago:</b>	Pago Electronico por PSE
<b>Banco:</b>	BANCOLOMBIA	<b>Número Autorización:</b>	355620940
<b>Estado de la transacción:</b>	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$78,000
230301	800224808	Porvenir	1		\$0	\$512,000
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		\$0	\$64,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$400,000
						\$1,054,000

**\*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**



<b>PROCESO</b>		
<b>GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS</b>		
<b>NOMBRE DEL FORMATO</b>		
<b>FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS</b>		
<b>CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>		
Pública <input type="checkbox"/>	Pública Clasificada <input type="checkbox"/>	Pública Reservada <input checked="" type="checkbox"/>

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 13 de junio 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:



<b>NUIP - NIP</b>	<b>1013040891</b>	<b>Amelia torres susa</b>	<b>HIJO</b>
-------------------	-------------------	---------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

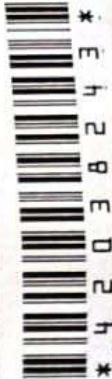
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: MATEO TORRES CUELLAR  
C.C.1020774777



NUIP 1013040891

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 42038243

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código A 2 F

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 39 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido TORRES Segundo Apellido SUSANA

Nombre(s) AMELIA

Fecha de nacimiento Año 2 0 2 1 Mes FEB Día 1 2 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo Sanguíneo A Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 163682017

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SUSANA MORENO MELISSA

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1018453836

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos TORRES CUELLAR MATEO

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1020774777

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos TORRES CUELLAR MATEO

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1020774777

Firma MATEO TORRES C

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 1 Mes FEB

Nombre y firma del funcionario que autoriza MIGUEL ARTURO LINERO DE CAMBIL

Nombre y firma Miguel Arturo Linero de Cambil

Reconocimiento paterno

Firma MATEO TORRES C

Nombre y firma MIGUEL ARTURO LINERO DE CAMBIL

ESPCIO PARA NOTAS

OTRO: ESTE REGISTRO SE HACE CON CIRCULAR NO. 037/27/07/2020 - LIBRO DE VARIOS FOLIO NO. 1098 TOMO 1; 17/07/2021

*Seguimada por el notario autorizado por los padres en la Notaria 39 de Cundinamarca, C.R.D. No. 1103 de fecha 14 de octubre del 2021 Libro de Varos tomos 114 fecha 10/14/20*

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL EL CUAL REPOSA EN ESTA NOTARIA, PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DADA EN BOGOTA, D.C.A 12 DIC. 2022



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO