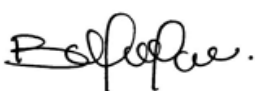
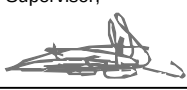


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		99	
	REGIONAL VICHADA		Código Centro		953110	
	CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACIÓN AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA-VICHADA		Fecha Elaboración		Junio de 2026	
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión		ENERO - 1,26	
			ID de Proceso		67052-842046	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		BELLANIRA PULIDO MARTINEZ		Banco a consignar:		BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía		67.026.552		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		dasofia0101@gmail.com		Número de Cuenta:		0735113060
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		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:		9161274/2026	Nº Compromiso SIIF	4026	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL COMO EN MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, POR 160 HORAS MENSUALES O PROPORCIONAL A LAS HORAS EFECTIVAMENTE EJECUTADAS ENFERMERÍA RAD 99-9-2026-000199				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 35.160.570	
Número de pago	3			Valor Total del Contrato:	\$ 42.668.816	
Valor Bruto Pago:	\$ 5.493.839,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 29.666.731	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 5.493.839		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		\$ 5.493.839			\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.229.555		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 titulo de RENTA	3.229.555,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	5250601587	Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.493.839,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.197.536	\$ 2.197.536	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 274.700	\$ 274.700	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 351.700	\$ 351.700	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		\$ 11.500	\$ 11.500	Reteica - 7490 - PUERTO CARREÑO	43.951,00	0,800%
		\$ -			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		\$ 549.384		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$31.031.595	\$ 1.077.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 1.403.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		VALOR A PAGAR	\$5.449.888,00	
SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Proyección de mesa de trabajo con los instructores referidos para el desarrollo curricular del programa de enfermería 2026						
Desarrollo de proceso de aprendizaje presencial correspondiente a las Fichas 3069412-069410-ORIENTACIÓN DE PERSONAS EN LOS SERVICIOS						
Creacion del Poryecto para el programa de enfermeria : Cuidado Integral y Humanizado desde la competencia de enfermería 3564437.						
Verificación y organización de los insumos para el proceso de formación correspondiente al programa enfermería 2026 Puerto Carreño.						
Se realiza la ruta de aprendizaje para la ficha del complementario Primeros Auxilios						
Reporte de inasistencia de los aprendices del programa Gestión Administrativa del sector salud, correspondiente a las fichas Nº 306941						
Creación del portafolio de evidencia dirigido a los aprendices de enfermería en etapa productiva.						
Elaboración de los portafolios de: Gestión Administrativa del Sector salud 2026 y Enfermería 2026.						
Solicitud a la coordinación académica la asignación del número de ficha para el complementario de Primeros Auxilios V2.						
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						
				BELLANIRA PULIDO MARTINEZ EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.						
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:				LONDOÑO RODRIGUEZ JUAN CARLOS INSTRUCTOR G11		
EL ORDENADOR DEL PAGO JENNY LILIANA CASTILLO MONGUI SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)						

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:	67026552		NÚMERO PLANILLA:	5250601587	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		DEPARTAMENTO:	BELLANIRA PULIDO MARTINEZ		PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO	2026		
CIUDAD/MUNICIPIO:	PUERTO CARREÑO	TELÉFONO:	VICHADA		DÍAS DE MORA:	0	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO	
DIRECCIÓN:	CARRERA 24 N 10A-59	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9997127972			
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo terapéutico.								
TIPO EMPRESA:	PRIVADA										
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO										
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	VALOR PAGADO	
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 435.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 435.200	\$ 0	\$ 435.200	
SUBTOTALES:										\$ 435.200	\$ 0	\$ 435.200	

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	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 340.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 340.000	\$ 0	\$ 0	\$ 340.000
SUBTOTALES:													\$ 340.000	\$ 0	\$ 0	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	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	\$ 66.300	\$ 66.300	\$ 0	\$ 0	\$ 66.300
SUBTOTALES:									\$ 66.300	\$ 0	\$ 0	\$ 66.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
DATOS DEL COTIZANTE										SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD					ARP			DÍAS COT	IBC	CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
									ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS			INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
1	CC 67026552	PULIDO MARTINEZ BELLANIRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 2.720.000			NO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												

TOTAL PAGADO:

\$ 841.500



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Puerto Carreño- Vichada, 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	1127385564	DANNA SOFIA PEREZ PULIDO	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: BELLANIRA PULIDO MARTINEZ

C.C. 67026552

ESTA REPRODUCCION
FOTOMECANICA ES LA COPIA DE
LA ORIGINAL QUE SE ENCUENTRA EN LOS
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

42535287

NUIP 1127385564



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código Y Y C

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

REGISTRADURIA DE PUERTO CARRENO COLOMBIA VICHADA PUERTO CARRENO*****

Datos del inscrito
Primer Apellido Segundo Apellido
PEREZ***** PULIDO*****
Nombre(s)

DANNA SOFIA*****
Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH

Año Mes Día FEMENINO*****
2008 FEB 24
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA VICHADA PUERTO CARRENO*****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO***** A7830313*****

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos
PULIDO MARTINEZ BELLANIBRA*****
Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

CEMULA DE CIUDADANIA 0067026552***** COLOMBIA*****

Datos del padre
Apellidos y nombres completos
PEREZ JIMENEZ MARCOS*****
Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

CEMULA DE CIUDADANIA 0088044106***** COLOMBIA*****

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos
PEREZ JIMENEZ MARCOS*****
Documento de identificación (Clase y número) Firma

CEMULA DE CIUDADANIA 0088044106*****

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 Mes Día
2008 MAR 27

Nombre y firma del funcionario que autoriza
HECTOR MANUEL BERNAL ACOSTA*****
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
HECTOR MANUEL BERNAL ACOSTA
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

