

 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 TOLIMA CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION TOLIMA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		73	
			Código Centro		922610	
			Fecha Elaboración		Julio de 2026	
			Versión		ENERO - 1,26	
			ID de Proceso		56713-777303	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: LINA CAROLINA CASTAÑEZ LEYVA			Banco a consignar:		BANCO DE BOGOTA	
Cédula de Ciudadanía 65.831.865			Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico: lcastanezl@sena.edu.co			Número de Cuenta:		269044822	
IP/N° 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						
N° del contrato: 8969532/2026		N° Compromiso SIIF 5826		Número de pagos durante la vigencia del contrato 12		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Contratar la prestación de los servicios profesionales como facilitador de la Tecnoacademia Tolima - Electronica Fija y/o Extension con el propósito de llevar a cabo actividades inherentes a la formación, orientación y fortalecimiento de competencias y habilidades de los aprendices, en concordancia con los programas de formación, proyectos de investigación y demás iniciativas relacionadas				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del 01/07/2026		Al 31/07/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 34.360.604		
Número de pago 7				Valor Total del Contrato: \$ 66.699.996		
Valor Bruto Pago: \$ 6.063.636,00				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 28.296.968		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios \$ 6.063.636		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 \$ 6.063.636				\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.565.272		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Julio	Junio	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.565.272,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	9507098935	Base retención en la fuente a titulo de ICA	6.063.636,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.425.454	\$ 2.425.454	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 303.200	\$ 303.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 388.100	\$ 388.100	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		\$ 12.700	\$ 12.700	Reteica - 8551 - IBAGUE	18.191,00	0,300%
		\$			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		\$ -		Bomberos	1.091,00	6,000%
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		\$ 606.364		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta \$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% \$41.375.460		\$ 1.188.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 6.765.000				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$				VALOR A PAGAR	\$6.044.354,00	
SON: SEIS MILLONES CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Se planeó y llevo a cabo la semana de bienestar lúdico deportiva para los aprendices de Tecnoacademia de la vigencia 2026						
Se participó de la socialización y transferencia de conocimiento del programa para la Tecnoacademia de occidente						
De dictó formación de aprendices del área de Electrónica inscritos en el área de Electrónica en las fichas 3467637 3467887 3468011 3468030 3468136 3485367 3485398.						
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						
			LINA CAROLINA CASTAÑEZ LEYVA EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,			
			 JAVIER ANDRES QUINTERO JARAMILLO PROFESIONAL G08			
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 JORGE JAIME MENDOZA VELASQUEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, Julio 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:

T.I.	1104707565	Nicolás Cruz Castañez	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,

Lina Carolina Castañez

FIRMA

Nombre: Lina Carolina Castañez Leyva

C.C. 65831865

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.104.707.565**
CRUZ CASTAÑEZ

APELLIDOS
NICOLAS

NOMBRES
Nicolás cruz C

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **02-OCT-2012**
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
02-OCT-2030
FECHA DE VENCIMIENTO
10-DIC-2019 LIBANO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **M**
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER YESA ROCHA

INDICE DERECHO



P-2907300-01125282-M-1104707565-20200113 0069022697A 1 53773311



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

NUIP 1.104.707.565

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

52191907

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☒	Notaria	☐	Número	☐	Consulado	☐
				Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐
				Código	T	1	N
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
REGISTRADURIA DE LIBANO - COLOMBIA - TOLIMA - LIBANO.....							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
CRUZ.....		CASTANEZ.....	
Nombre(s)			
NICOLAS.....			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	2 0 1 2	Mes	O C T
Día	0 2	MASCULINO.....	O.....
Factor RH			
POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA TOLIMA IBAGUE.....			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	115459430.....

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
CASTANEZ LEYVA LINA CAROLINA.....	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 65.831.865.....	COLOMBIA.....

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
CRUZ GALINDO JEFFERSON ANDRES.....	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.110.451.313.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
CRUZ GALINDO JEFFERSON ANDRES.....	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.110.451.313.....	

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	2 0 1 2
Mes	O C T
Día	0 5
JOSE MANUEL CASTANEZ AROCA - REGI	
Nombre y firma	

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



* 5 2 1 9 1 9 0 7 *

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65831865		CASTAÑEZ LEYVA LINA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	C 93 75UR 131 TORRE 3	IBAGUE-TOLIMA	3118962314	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	451840199		9507098935	I	2026/07/16	2026/07/06	NEQUI	\$704,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO			PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,425,455	\$388,100			\$2,425,455	\$303,200			\$0	\$0			\$2,425,455	\$12,700	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,425,455	\$388,100			\$2,425,455	\$303,200			\$0	\$0			\$2,425,455	\$12,700	\$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					\$2,425,455	\$388,100			\$2,425,455	\$303,200			\$0	\$0			\$2,425,455	\$12,700	\$0
1	CC 65831865	CASTAÑEZ LINA	230201	30	\$2,425,455	\$388,100	EPS037	30	\$2,425,455	\$303,200	0		\$0	\$0	14-23	30	\$2,425,455	\$12,700	0
Total Afiliados(1)					\$2,425,455	\$388,100			\$2,425,455	\$303,200			\$0	\$0			\$2,425,455	\$12,700	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65831865		CASTAÑEZ LEYVA LINA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	C 93 7SUR 131 TORRE 3	IBAGUE-TOLIMA	3118962314	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	451840199	9507098935	I	2026/07/16	2026/07/06	NEQUI	0	\$704,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$388,100	\$0	\$0	\$388,100	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$388,100	\$0	\$0	\$388,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$12,700	\$0	\$0	\$12,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$12,700	\$0	\$0	\$12,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200	
TOTAL				1	\$704,000	\$0	\$0	\$704,000	