

 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		11
			Código Centro		940510
			Fecha Elaboración		Julio de 2026
			Versión		ENERO - 1,26
			ID de Proceso		84398-654453
REGIONAL DISTRITO CAPITAL					
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: WILLIAM ALBERTO GONZÁLEZ TÉLLEZ			Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía 80.827.935			Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico: wagonzalez5@misena.edu.co			Número de Cuenta:		17771366929
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		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: 9176945/2026		Nº Compromiso SIIF 39526		Número de pagos durante la vigencia del contrato 12	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios personales temporales con autonomía técnica, administrativa, financiera y tecnológica, para apoyar los procesos de Formación Profesional Integral en competencias relacionadas con el area de			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/07/2026		Al 31/07/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 26.056.234	
Número de pago 7				Valor Total del Contrato: \$ 50.059.552	
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 21.318.737	
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	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.737.497				\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.785.747		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Julio		Junio	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		92910101	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999		\$ 1.894.999	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900		\$ 236.900	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200		\$ 303.200	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL I		\$ 9.900		\$ 9.900	
		\$			
		\$			
		\$			
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -			
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -			
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -			
Dependientes hasta		\$ 473.750			
Salud hasta \$ 837.984		\$ -			
Renta Exenta 25% \$41.375.460		\$ 928.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 4.584.000					
Retención en la Fuente Contingente		\$			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.785.747,00	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.197.397,00	
				Valor base IVA 0,00	
				IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
				Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
				Menos Retencion IVA 0,00 15%	
				Reteica - 8299 - BOGOTÁ 40.547,00 0,966%	
				-	
				0,00 0%	
				-	
				0,00 0%	
				-	
				0,00 0%	
				-	
				0,00 0%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				0,00	
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
				VALOR A PAGAR \$4.696.950,00	
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
OBI_Realice planeación, ejecución y cierre de las Fichas: 3478076 ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE, 3 Hrs; 3478080 ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE, 3 Hrs; 3410662 GESTION CONTABLE Y DE INFORMACION FINANCIERA, 3Hrs; 3489368 GESTION DE NEGOCIOS Y FINANZAS, 3 Hrs;					
3410495-2 ATENCION COMERCIAL Y OPERACION EN SEGUROS,4 Hrs; 3410547-1 ASISTENCIA ADMINISTRATIVA; 8 Hrs; 3410474 SERVICIOS COMERCIALES Y FINANCIEROS,8 Hrs.-A su vez realice citación, planeación y ejecución de la formación de las Fichas: 3468564 ASISTENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIEROS, 24 Hrs, 26 aprendices; 3478044 ASISTENCIA ADMINISTRATIVA, 21 Hrs, 25 aprendices; 3478012 GESTION CONTABLE Y DE INFORMACION FINANCIERA, 24 Hrs, 29 aprendices; 3478031 - 3510397 CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS, 28 Hrs, 12 aprendices; 3478063 ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE, 9 Hrs, 21 aprendices; 3478064 ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE, 9 Hrs, 26 aprendices.					
Desarrolle actividades de aprendizaje de los siguientes programas de formación: 3478076 ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE; 3478080 ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE; 3410662 GESTION CONTABLE Y DE INFORMACION FINANCIERA; 3489368 GESTION DE NEGOCIOS Y FINANZAS;					
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					
WILLIAM ALBERTO GONZÁLEZ TÉLLEZ 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,					
OLGA LUCIA RUIZ FLOREZ 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 MIREYA PARRA PINTO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80827935	WILLIAM ALBERTO GONZALEZ TELLEZ	Carrera 77h #65i 72 Sur Bosa - San Pablo II	3133412069	williamagonzalez@hotmail.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
		92910101	01/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$550.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	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
231001	Colfondos	800227940-6	303.200	0	0	0	0	0	0		303.200	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	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	236.900	236.900
Pensión	1	303.200	303.200
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	550.000	550.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80827935	WILLIAM ALBERTO GONZALEZ TELLEZ		Carrera 77h #65i 72 Sur Bosa -San Pablo II	3133412069	williamagonzalez@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92910101	01/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$550.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	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 80827935	GONZALEZ TELLEZ WILLIAM ALBERTO	59	0			N															231001	1.895.000	30	303.200	0	0	0	0	EPS005	1.895.000	30	236.900	14-23	1.895.000	30	1	9.900	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



PROCESO			
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS			
NOMBRE DEL FORMATO			
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS			
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN			
Pública	☒	Pública Clasificada ☐	Pública Reservada ☐

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de 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.	1034403976	Samuel Alejandro González Ardila	HIJO
T.I.	1034405562	David Santiago González Ardila	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: William Alberto González Téllez

C.C. 80.827.935



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

* 4 1 2 5 8 1 5 8 *

NUIP 1034403976	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	Indicativo Serial 4 1258158
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina		
Registratura ☐ Notaría ☒ Número 13 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 2 C		
País: Departamento: Municipio: Corregimiento en Inspección de Policía:		
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.		
Datos del inscrito		
Primer Apellido GONZALEZ		Segundo Apellido ARDILA
Nombre(s) SAMUEL ALEJANDRO		
Fecha de nacimiento: Año 2015 Mes DIC Día 08		Sexo (en letras) MASCULINO Grupo Sanguíneo X Factor RH X
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento en Inspección de Policía):		
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ		
Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos		Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO		13126222-2
Datos de la madre		
Apellidos y nombres completos ARDILA CORTEZ DIANA MERCEDES		
Documento de identificación (Clase y número) C.C. 53135693 de BOGOTÁ D.C.		Nacionalidad COLOMBIANA
Datos del padre		
Apellidos y nombres completos GONZALEZ TELLEZ WILLIAM ALBERTO		
Documento de identificación (Clase y número) C.C. 80827935 de BOGOTÁ D.C.		Nacionalidad COLOMBIANA
Datos del declarante		
Apellidos y nombres completos GONZALEZ TELLEZ WILLIAM ALBERTO		
Documento de identificación (Clase y número) C.C. 80827935 de BOGOTÁ D.C.		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 2015 Mes DIC Día 14		Nombre y firma del funcionario que autoriza: JAIME ALBERTO RODRIGUEZ CUESTAS
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 —

GRF-F-063 V04



NOTARIA TRECE
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C.

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61797972

NUIP 1034405562

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARIA 13 BOGOTÁ DC *****

Datos del inscrito

Primer Apellido Segundo Apellido

GONZALEZ ***** ARDILA *****

Nombre(s)

DAVID SANTIAGO *****

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

Año 2 0 2 2 Mes 0 C T Día 3 1 MASCULINO A POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. *****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO ***** 22101010170057 *****

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parajes del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen las declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ARDILA CORTEZ DIANA MERCEDES *****

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

CC No. 53135693 ***** COLOMBIA *****

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parajes del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen las declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ TELLEZ WILLIAM ALBERTO *****

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

CC No. 80827935 ***** COLOMBIA *****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ TELLEZ WILLIAM ALBERTO *****

Documento de identificación (Clase y número) Firma

CC No. 80827935 *****

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 2 2 Mes N O V Día 0 4 ANA PATRICIA RODRIGUEZ CUESTAS

Nombre y firma

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

Firma Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

WILLIAM GONZALEZ