

 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 CUNDINAMARCA CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	25		
			Código Centro	951310		
			Fecha Elaboración	Julio de 2026		
			Versión	ENERO - 1,26		
			ID de Proceso	56586-796439		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: BLANCA LILIANA VILLAR OSPINA			Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL	
Cédula de Ciudadanía 1.075.256.381			Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico: blvillar@misena.edu.co			Número de Cuenta:		24054819391	
IP/N° de contacto: 3154516984			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						
N° del contrato: 9087704/2026		N° Compromiso SIIF 21326		Número de pagos durante la vigencia del contrato		9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: ORIENTACIÓN, DESARROLLO Y ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS PROGRAMAS QUE CONFORMAN LA OFERTA ACADÉMICA DEL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL DE LA REGIONAL CUNDINAMARCA,				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/07/2026	Al	31/07/2026	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 15.002.074
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:		\$ 38.215.809
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 10.264.577
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	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.785.747,00 TARIFA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS			-----	9507206403	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC			\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud			\$ 236.900	\$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión			\$ 303.200	\$ 303.200	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			\$ 9.900	\$ 9.900	Reteica - 8299 - CHIA 33.579,00 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			\$ 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	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 4.544.000					Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$					VALOR A PAGAR \$4.703.918,00	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ficha 3235508 Tecnólogo en procesamiento de alimentos.						
Ficha 3235450 Tecnólogo en gestión administrativa del sector salud.						
Ficha 3471244 Tecnólogo en implementación de infraestructura de tecnologías de la información y las comunicaciones.						
Ficha 3334647 Tecnólogo en implementación de infraestructura de tecnologías de la información y las comunicaciones						
Ficha 3410667 Tecnólogo en control de calidad en la industria de alimentos.						
Ficha 3471564_B Tecnólogo en Coordinación de procesos logísticos						
Ficha 3493394 Tecnólogo en construcción en edificaciones.						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				 C.C. 1'075.256.381 BLANCA LILIANA VILLAR OSPINA EL CONTRATISTA		
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						
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				Autorizo el presente pago.		
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.				El Supervisor,		
				 ARISTIDES FLOREZ CARO INSTRUCTOR G19		
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 GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075256381		VILLAR OSPINA BLANCA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 2 32-63 TR 3 ATP 503	CHIA-CUNDINAMARCA	3154519	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	432556155	9507206403	I	2026/07/21	2026/06/30	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$550,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,894,998	\$303,200			\$1,894,998	\$236,900			\$0	\$0			\$1,894,998	\$9,900		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,894,998	\$303,200			\$1,894,998	\$236,900			\$0	\$0			\$1,894,998	\$9,900		\$0	\$0		
Ciudad: CHIA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,894,998	\$303,200			\$1,894,998	\$236,900			\$0	\$0			\$1,894,998	\$9,900		\$0	\$0		
1	CC	1075256381	VILLAR BLANCA	230301	30	\$1,894,998	\$303,200	EPS008	30	\$1,894,998	\$236,900	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,894,998	\$9,900	0		\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,894,998	\$303,200			\$1,894,998	\$236,900			\$0	\$0			\$1,894,998	\$9,900		\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075256381		VILLAR OSPINA BLANCA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 2 32-63 TR 3 ATP 503	CHIA-CUNDINAMARCA	3154519	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	432556155		9507206403	I	2026/07/21	2026/06/30	BANCO CAJA SOCIAL	\$550,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900	
TOTAL				1	\$550,000	\$0	\$0	\$550,000	



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Chía, 13 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.	1072673904	MATEO MUÑOZ VILLAR	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: Blanca Liliana Villar Ospina

C.C. 1.075.256.381 de Neiva

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.072.673.904**

MUÑOZ VILLAR

APELLIDOS

MATEO

NOMBRES

Mateo Muñoz V.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

24-AGO-2017

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

24-AGO-2035

FECHA DE VENCIMIENTO

28-AGO-2024 CHIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+

M

G S RH

SEXO

ÍNDICE DERECHO


REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO



P-1505500-01462892-M-1072673904-20240902

0141615446A 1

8512713441