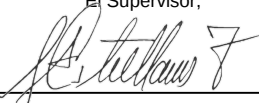


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL SANTANDER CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		68			
			Código Centro		930910			
			Fecha Elaboración		17 de Julio de 2026			
			Versión		ENERO - 1,26			
			ID de Proceso		84719-467054			
DATOS DEL CONTRATISTA								
Nombres y apellidos:		SALLY ESTHER MARTINEZ CANO		Banco a consignar:		BANCO BBVA		
Cédula de Ciudadanía		1.098.745.385		Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico:		semartinez@sena.edu.co		Número de Cuenta:		0234292852		
IP/N° 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								
N° del contrato:		8881668/2026	N° Compromiso SIIF		1826	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		APOYOS ADM. Y GEST: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA APOYAR PROCESOS DE SEGUIMIENTO EVALUACION Y CONTROL DE CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES CSET EN COORDINACIONES ACADEMICAS Y APOYOS PL 330D V/R MES \$3.767.000						
DATOS PERIODO DEL PAGO								
Del		01/07/2026	Al		31/07/2026	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 21.723.033
Número de pago		7				Valor Total del Contrato:		\$ 41.998.033
Valor Bruto Pago:		\$ 3.767.000,00				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 17.956.033
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Ingresos por honorarios		\$ 3.767.000		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		\$ 3.767.000				\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.161.000		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		2.161.000,00	TARIFA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	9507259725	Base retención en la fuente a titulo de ICA		3.267.900,00		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Valor base IVA		0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 218.900	\$ 218.900	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 280.200	\$ 280.200	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		\$ 9.200	\$ 9.200	Reteica - 8211 - BUCARAMANGA		29.411,00	0,900%	
		\$ -				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		\$ 376.700		Otras Retenciones		0,00	0,000%	
Salud hasta		\$ 837.984	\$ -	Sobretasa Bomberil		2.941,00	10,000%	
Renta Exenta 25%		\$41.375.460	\$ 721.000			0,00		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 3.878.000		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00		
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		VALOR A PAGAR		\$3.734.648,00		
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE								
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Se envió correo electrónico a los contratistas para la presentación de cuenta mes de julio								
se verificó la documentación para el pago de los contratistas de prestación de servicios conforme a los requisitos institucionales								
Se realizó el seguimiento de los instructores en la jornada nocturna								
Se realizó envío informe de horas de los instructores a corte 30 de junio								
Se notificó a los supervisores sobre los riesgo o debilidades de acuerdo a la revisión de los documentos								
Se procedió a verificar los planes de pagos estén correctamente en la plataforma Si contratista y Secop II								
Se validó que las planillas de seguridad social de cada contratista este correctamente en el periodo de presentación de cuentas								
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								
				SALLY ESTHER MARTINEZ CANO 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.				
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				El Supervisor,				
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.				LEONARDO ALBERTO CASTELLANOS TRUJILLO 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 NORMAN CARRILLO RAMIREZ SUBDIRECTORA 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 1098745385		MARTINEZ CANO SALLY ESTHER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 13# 12 41	PIEDRECUESTA-SANTANDER	3043487806	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	433266021		9507259725	I	2026/07/22	2026/06/30	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	\$543,400

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)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0	
Ciudad: PIEDECUESTA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0	
1	CC	1098745385	MARTINEZ SALLY	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS010	30	\$1,750,905	\$218,900	CCF40	30	\$1,750,905	\$35,100	14-11	30	\$1,750,905	\$9,200	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$1,750,905	\$35,100			\$1,750,905	\$9,200		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098745385		MARTINEZ CANO SALLY ESTHER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 13# 12 41	PIEDRECUESTA-SANTANDER	3043487806	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-06	2026-06	433266021	9507259725	I	2026/07/22	2026/06/30	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	\$543,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100	
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$543,400	\$0	\$0	\$543,400	



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1146337805

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 59452778
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 11 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código DVE

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA *****

Datos del inscrito

Primer Apellido BOHORQUEZ ***** Segundo Apellido MARTINEZ *****

Nombre(s) SAMUEL DAVID *****

Fecha de nacimiento Año 2018 Mes JUN Día 28 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo "O" Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO NACIDO VIVO *****

Número certificado de nacido vivo
14546067-3

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

MARTINEZ CANO SALLY ESTHER *****

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1098745385 BUCARAMANGA *****

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

BOHORQUEZ DIEGO JAVIER *****

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1023868730 BOGOTA D.C *****

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BOHORQUEZ DIEGO JAVIER *****

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1023868730 BOGOTA D.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

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año 2018 Mes JUL Día 11

MARVIN MILEYDI DIAZ CORZO (E)

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

MARVIN MILEYDI DIAZ CORZO (E)

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Inscrito en el libro de varios Torno 11 Folio 0000114- B/manga- 11/07/2018

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



**EL SUSCRITO NOTARIO ONCE DEL CÍRCULO DE
BUCARAMANGA – SANTANDER**



HACE CONSTAR QUE:

**ES FIEL Y AUTENTICA FOTOCOPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE
ESTA NOTARIA**

**SERIAL N° 59452778 DE 2018
A SOLICITUD DE: SALLY ESTHER MARTINEZ CANO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: 1.098.745.385**

VALIDO PARA: TRAMITES LEGALES

FIRMA SOLICITANTE:

PARENTESCO: MADRE

**ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE
ESTA COPIA SOLO ES VÁLIDA PARA EL FIN SEÑALADO EN LA SOLICITUD DE
EXPEDICIÓN
SEGÚN ARTS. 115 DCTO LEY 1260 DE 1970 Y 1º DCTO. 278 DE 1972**

FECHA DE EXPEDICION: 04 DE ENERO DE 2024

**FABIAN LEONARDO INFANTE CACERES
NOTARIO ONCE DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA**





FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 18 de febrero de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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:

RC	1146337805	SAMUEL DAVID BOHORQUEZ MARTINEZ	Hijo(a)
----	------------	------------------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

SALLY ESTHER MARTINEZ CANO
C.C. 1098745385