

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATO POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)							Código Regional	11	
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL								Código Centro	940510
	CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C								Fecha Elaboración	Julio de 2026
									Versión	ENERO - 1,26
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1								ID de Proceso	13880-981033
	DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:	CLODOMIRO GALINDEZ SAMBONI				Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL				
Cédula de Ciudadanía	12.263.590				Tipo de cuenta:	AHORROS				
Correo electrónico:	cgalindez0@misena.edu.co				Número de Cuenta:	24092417045				
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										
Nº del contrato:	9087847/2026				Nº Compromiso SIIF	34326		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									
DATOS PERIODO DEL PAGO										
Del	01/07/2026		Aí	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	\$ 2.512.499				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 título de RENTA	2.512.499,00	TARIFA		
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS			-----	1083632577		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 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%		
			\$ -				-	0,00		
			\$ -				-	0,00		
			\$ -				-	0,00		
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -					Otras Retenciones	0,00	0,00%		
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -					Otras Retenciones	0,00	0,00%		
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -					Otras Retenciones	0,00	0,00%		
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 1.143.153					Otras Retenciones	0,00	0,00%		
Dependientes hasta	\$ 473.750					Otras Retenciones	0,00	0,00%		
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,00%		
Renta Exenta 25%	\$41.375.460	\$ 643.000					0,00			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.159.000					Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -					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										
OB1:Orienté la formación a los aprendices de las fichas:3489322(9hrs), 3410405(8hrs), 3386590(6hrs)3433364(23,90hrs), 3478077(3hrs)(28hrs), 3410408(4hrs), 3477991(3hrs), 3478028(3hrs)3478062(24hrs), 3478079(11,90hrs), 3478055(4hrs), 3478068(6hrs) y 3477994(3hrs).										
OB2: Entregué las evidencias de las actividades de formación de las fichas:3489322, 3410405, 3386590, 3433364, 3478077, 33478009 3410408, 3477991, 3478028, 3478062, 3478079, 3478055, 3478068 y 3477994.										
OB4:Registeré juicios de evaluación de RAP de la competencia EDFT, de las fichas: 3410405, 3478028, 3478077, 3478079, 3386590, 3478068 3065511 y 3384981.										
OB9: Presenté informe mensual para cuenta de cobro del mes objeto de cobro.										
OB12:Cuidé los elementos asignados para el desarrollo de la formación de la competencia Ejercer Derechos Fundamentales del trabajo en el marco de la constitución politica y la competenci de ética Enrique Low Murtra.										
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						CLODOMIRO GALINDEZ SAMBONI EL CONTRATISTA				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO										
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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.						OLGA LUCIA RUİZ 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)										

FONDO NACIONAL DEL AHORRO S.A. HACE CONSTAR

Que, según el estado de cuenta procesado por el sistema, el (la) señor(a) **CLODOMIRO GALINDEZ SAMBONI**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía número **12.263.590** es beneficiario(a) de un **Crédito Hipotecario No. 1226359002** por valor de CIENTO SEIS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE \$106.752.000,00 y con corte a 21 de julio de 2026, registra:

VALOR DE CUOTA:	\$1.097.160,62	
VALOR DE SEGURO:	\$37.709,27	
SALDO VENCIDO:	\$1.135.587,65	*
VALOR DEUDA TOTAL:	\$94.424.099,52	

Con fecha de corte referida anteriormente, el crédito descrito se encuentra vencido.

(*) Su crédito se encuentra en mora, favor comunicarse con nuestro Call Center Bogotá (57 + 1) 307 70 70 - Línea Gratuita Nal. 01 8000 52 7070

Dada en Bogotá a los veinte y uno (21) días del mes de julio de 2026.



SANDRA VELEZ TANNUS
Gerente Cartera



PROCESO						
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS						
NOMBRE DEL FORMATO						
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS						
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN						
Pública	☒	<table><tr><td>Pública Clasificada</td><td>☐</td><td>Pública Reservada</td><td>☐</td></tr></table>	Pública Clasificada	☐	Pública Reservada	☐
Pública Clasificada	☐	Pública Reservada	☐			

Junio 2025

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol



INSTRUCCIONES

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



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 párrafo 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.	1031424983	DULCE MARIA GALINDEZ CUELTAN	HIJO
-------------	-------------------	-------------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: Clodomiro Galíndez Samboní

C.C. 12263590



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1031424983

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 43573473
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	11	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A X C
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.													

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido									
GALINDEZ				CUELTAN									
Nombre(s)													
DULCE MARIA													
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH					
Año	2	0	1	Mes	S	E	P	Día	0	3	FEMENINO	0	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)													
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ													

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10842100-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
CUELTAN VILLACORTE MARIA HELENA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.531.229 DE BOGOTÁ	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
GALINDEZ SAMBONI CLODOMIRO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 12.263.590 DE PITALITO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
GALINDEZ SAMBONI CLODOMIRO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 12.263.590 DE PITALITO	

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 autoriza
Año 2011 Mes SEP Día 15	GUSTAVO CHAVEZ CRISTANCHO Guillermo Chavez Cristancho

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



NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES



En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal