

 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	25
	REGIONAL CUNDINAMARCA		Código Centro	951310
	CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA		Fecha Elaboración	Julio de 2026
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 1,26
			ID de Proceso	71517-447896
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: MARIA ANGELICA GUZMAN CARVAJAL		Banco a consignar: BANCO CAJA SOCIAL		
Cédula de Ciudadanía: 39.579.616		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: maguzmancarvajal28@gmail.com		Número de Cuenta: 24086991315		
IP/Nº de contacto: 3125190133		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 NO		
¿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: 9108608/2026		Nº Compromiso SIIF 26626		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11
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:		\$ 25.582.484
Número de pago 6		Valor Total del Contrato:		\$ 48.796.219
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00	Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 20.844.987
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	Retención 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		9506572450		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.785.747,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900	\$ 236.900	Base retención en la fuente a título de ICA 4.197.397,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200	\$ 303.200	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL I		\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención en la Fuente 0,00
		\$ -	\$ -	Menos Retención IVA 0,00
		\$ -	\$ -	Reteica - 8299 - CHIA 33.579,00
		\$ -	\$ -	
		\$ -	\$ -	
		\$ -	\$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -	\$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00
Dependientes hasta		\$ 473.750	\$ -	Otras Retenciones 0,00
Salud hasta \$ 837.984		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00
Renta Exenta 25% \$ 37.927.505		\$ 928.000	\$ -	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 4.544.000		\$ -	\$ -	
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				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO SEGÚN PROGRAMACIÓN ASIGNADA POR PARTE DE LA COORDINACIÓN ACADÉMICA.				
FICHA 3493375 SE IMPARTIÓ FORMACIÓN EN LA INTEGRAL DE ÉTICA CULTURA DE PAZ				
FICHA 3471564 SE IMPARTIÓ FORMACIÓN EN LA INTEGRAL DE ÉTICA CULTURA DE PAZ				
FICHA 3417844 SE IMPARTIÓ FORMACIÓN EN LA INTEGRAL DE COMUNICACIÓN				
FICHA 3317609 SE IMPARTIÓ FORMACIÓN EN LA INTEGRAL ÉTICA CULTURA PAZ				
FICHA 3411025 SE IMPARTIÓ FORMACIÓN EN LA INTEGRAL ÉTICA CULTURA DE PAZ				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				
1. Cumpli 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				
<i>Maria Angelica Guzman Carvajal</i>				
MARIA ANGELICA GUZMAN CARVAJAL 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 periodo 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				
<i>Sergio Anibal Ortegon Bedoya</i>				
SERGIO ANIBAL ORTEGON BEDOYA INSTRUCTOR G17				
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)				



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39579616		GUZMAN CARVAJAL MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MINZN 3 CASA 11 ALGARROBOS ETAPA3	GIRARDOT-CUNDINAMARCA	8881653	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	1000002422	9506572450	I	2026/07/06	2026/07/06	BANCO DE BOGOTA	\$587,900

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)					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$1,894,999	\$37,900			\$1,894,999	\$9,900		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$1,894,999	\$37,900			\$1,894,999	\$9,900		\$0	\$0
Ciudad: GIRARDOT Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$1,894,999	\$37,900			\$1,894,999	\$9,900		\$0	\$0
1	CC 39579616	GUZMAN MARIA	230301	30	\$1,894,999	\$303,200	EP5005	30	\$1,894,999	\$236,900	CCF22	30	\$1,894,999	\$37,900	14-23	30	\$1,894,999	\$9,900	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,894,999	\$303,200			\$1,894,999	\$236,900			\$1,894,999	\$37,900			\$1,894,999	\$9,900		\$0	\$0



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39579616		GUZMAN CARVAJAL MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MNZN 3 CASA 11 ALGARROBOS ETAPA3	GIRARDOT-CUNDINAMARCA	8881653	SI
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	1000002422	9506572450	I	2026/07/06	2026/07/06	BANCO DE BOGOTA	\$587,900
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 COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,900	\$0	\$0	\$37,900
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$37,900	\$0	\$0	\$37,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900
TOTAL				1	\$587,900	\$0	\$0	\$587,900



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

Chía, 14 de julio de 2026

Señores: SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Chía, Cundinamarca.

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.	1070625439	Samuel Andrés Olaya Guzmán	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: MARIA ANGELICA GUZMAN CARVAJAL
C.C. 39579616 DE GIRARDOT.



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

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

NUIP 1.070.625.439

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 57097751

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código J 4 M

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE GIRARDOT - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT....

Datos del inscrito

Primer Apellido OLAYA..... Segundo Apellido GUZMAN.....

Nombre(s) SAMUEL ANDRES.....

Fecha de nacimiento Año 2016 Mes 11 Día 16 Sexo (en letras) MASCULINO..... Grupo sanguíneo O..... Factor RH POSITIVO.....

País de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT.....

Signo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO..... Número certificado de nacido vivo 13707001 0.....

Nombre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar al progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

GUZMAN CARVAJAL MARIA ANGELICA.....

Documento de identificación (Clase y número) CC 39.579.616..... Nacionalidad COLOMBIA.....

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar al progenitor que indique en los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos OLAYA MORENO FABIAN ANDRES.....

Documento de identificación (Clase y número) CC 80.020.527..... Nacionalidad COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos OLAYA MORENO FABIAN ANDRES.....

Documento de identificación (Clase y número) CC 0010001527..... Firma [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 2016 Mes D I C Día 06

Nombre y firma del funcionario que autoriza CLARA LINDA GARCIA SANCHEZ - REGIS [Firma]

Reconocimiento por parte de [Firma]

Firma [Firma]

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento [Firma]

06.DIC.2016 - LIBRO DE VARIOS ESPACIOS PARA NACIMIENTOS FOLIO 0201 [Firma]

57097751 ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.070.625.439

OLAYA GUZMAN

APELLIDOS

SAMUEL ANDRES

NOMBRES

Samuel Olaya

FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 16-NOV-2016
GIRARDOT
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
16-NOV-2034
FECHA DE VENCIMIENTO O+ M
G S RM SERO
29-JUL-2024 TOCANCIPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INCE DEFECHO

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES
HIGIENICAS PENAQUEZ GARCIA

P-1529200-01457107-M-1070625439-20240801 0141213234A 1 8512422017