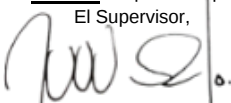


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL CUNDINAMARCA CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		25		
			Código Centro		950910		
			Fecha Elaboración		Julio de 2026		
			Versión		ENERO - 1,26		
			ID de Proceso		67613-263225		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos: LIBARDO TORRES TORRES			Banco a consignar:		BANCO AGRARIO DE COLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía: 79.289.108			Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico: recuperacionclaves2024@gmail.com			Número de Cuenta:		431950029014		
IP/Nº de contacto:			Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI		
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:		9259936/2026	Nº Compromiso SIIF		29226	Número de pagos durante la vigencia del contrato	8
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: FULL POPULAR-COCINA-PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNÓLOGO Y/O TÉCNICO PARA PLANEAR, DESARROLLAR Y EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CORRESPONDIENTES A LOS NIVELES TÉCNICO Y/O TECNOLÓGICO DEL PROGRAMA REGULAR					
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del	01/07/2026	Al	31/07/2026	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 9.948.744	
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:		\$ 33.162.479	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 5.211.247	
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		\$ 2.758.447		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		2.758.447,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9507405381	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 III		\$ 46.200	\$ 46.200	Reteica - 8299 - VILLETA		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%		\$ 27.583.640	\$ 919.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.690.000		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							
3559126 - ELABORACIÓN BÁSICA DE TORTAS Y GALLETAS 48 HORAS							
3559082 - MANIPULACION DE ALIMENTOS 48 HORAS							
3530939 - ELABORACIÓN BÁSICA DE TORTAS Y GALLETAS 8 HORAS							
3559123 - ELABORACIÓN BÁSICA DE TORTAS Y GALLETAS 48 HORAS							
TOTAL 152 HORAS FORMACION MES DE JULIO							
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				 LIBARDO TORRES TORRES 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.				HARBY ENRIQUE QUINTERO ESPITIA PROFESIONAL G02			
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 DAVID ERNESTO AVILA CUBILLOS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79289108		TORRES TORRES LIBARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 8 23 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213971273	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	1000000091		9507405381	I	2026/07/03	2026/07/03	BANCO DE BOGOTA	\$624,800

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)					\$1,900,000	\$304,000			\$1,900,000	\$237,500			\$1,850,000	\$37,000			\$1,900,000	\$46,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,900,000	\$304,000			\$1,900,000	\$237,500			\$1,850,000	\$37,000			\$1,900,000	\$46,300		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,900,000	\$304,000			\$1,900,000	\$237,500			\$1,850,000	\$37,000			\$1,900,000	\$46,300		\$0	\$0	
1	CC	79289108	TORRES LIBARDO	25-14	30	\$1,900,000	\$304,000	EPS002	30	\$1,900,000	\$237,500	CCF22	30	\$1,850,000	\$37,000	14-23	30	\$1,900,000	\$46,300	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,900,000	\$304,000			\$1,900,000	\$237,500			\$1,850,000	\$37,000			\$1,900,000	\$46,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79289108		TORRES TORRES LIBARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 8 23 47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213971273	Si

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	10000000091	9507405381	I	2026/07/03	2026/07/03	BANCO DE BOGOTA	0	\$624,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$304,000	\$0	\$0	\$304,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$304,000	\$0	\$0	\$304,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$46,300	\$0	\$0	\$46,300	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$46,300	\$0	\$0	\$46,300	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,000	\$0	\$0	\$37,000	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$37,000	\$0	\$0	\$37,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$237,500	\$0	\$0	\$237,500	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$237,500	\$0	\$0	\$237,500	
TOTAL				1	\$624,800	\$0	\$0	\$624,800	



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, 15 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.	1072110231	SAMUEL TORRES RINCON	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: LIBARDO TORRES TORRES
C.C. 79,289.108



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

NUIP 1072110231

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55679159

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 2877

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT

Datos del inscrito

Primer Apellido **TORRES** Segundo Apellido **RINCON**

Nombre(s) **SAMUEL**

Fecha de nacimiento Año **2015** Mes **09** Día **24** Sexo (en letra) **MASCULINO** Grupo sanguíneo **A** Factor RH **POSITIVO**

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO 52996132-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RINCON OLANO JENNY MARCELA

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

C.C. 1.012.399.920 COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

TORRES TORRES LIBARDO

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

C.C. 79.289.108 COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RINCON OLANO JENNY MARCELA

Documento de identificación (Clase y número) Firma

C.C. 1.012.399.920

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 **09** Día **29**

Nombre y firma del funcionario que autoriza

BLADIMIR HERMOSA ACOSTA (E)

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

BLADIMIR HERMOSA ACOSTA (E)

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

EN BLANCO

EL SUSCRITO NOTARIO SEGUNDO DEL CÍRCULO DE
GIRARDOT - CUNDINAMARCA
CERTIFICA

Que es fiel copia tomada de su original.

Dada en Girardot, Cundinamarca a los

Se expide para

PARENTESCO

Exento de timbre de acuerdo al artículo 13 originales 26 y 27 de la ley 23 de enero de 1979.

BLADIMIR HERMOSA ACOSTA