

 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 DISTRITO CAPITAL CENTRO DE MECÁNICA AUTOMOTRIZ Y TRANSPORTE- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11	
			Código Centro		921310	
			Fecha Elaboración		Julio de 2026	
			Versión		ENERO - 1,26	
			ID de Proceso		49194-319037	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		ADJANY XIOMARA MENDEZ SUAREZ		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		1.031.169.251		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		axmendez3@misena.edu.co		Número de Cuenta:		61241626856
IP/Nº de contacto:		16038		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:		9267100/2026		Nº Compromiso SIIF		15826
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		APOYOS ADM. Y GEST: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES DE ECL				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/07/2026		Al		31/07/2026
Número de pago		6		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 29.940.000
Valor Bruto Pago:		\$ 4.990.000,00		Valor Total del Contrato:		\$ 54.890.000
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 24.950.000
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.990.000		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		\$ 4.990.000				\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.933.600		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
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		9505671529		2.933.600,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.996.000		\$ 1.996.000		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 249.500		\$ 249.500		4.421.100,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 319.400		\$ 319.400		Valor base IVA
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		0,00
ARL		\$ 10.500		\$ 10.500		IVA (Si es RESPONSABLE)
						0,00
						19%
						Menos Retención en la Fuente
						0,00
						15%
						Menos Retencion IVA
						42.708,00
						0,966%
						Reteica - 8299 - BOGOTÁ
						-
						0,00
						0%
						-
						0,00
						0%
						-
						0,00
						0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				-
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				-
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				-
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				-
Dependientes hasta		\$ 499.000				-
Salud hasta		\$ 837.984				-
Renta Exenta 25%		\$ 37.927.505				-
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.893.000				-
Retención en la Fuente Contingente		\$				-
SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
1.Contribuir al desarrollo de las actividades de la Evaluación de Competencias Laborales, en el marco de los proyectos establecidos						
2.Participar en la transferencia de conocimientos y reuniones del proceso Gestión de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales						
3.Construir y entregar mínimo un proyecto de instrumentos de evaluación sobre la(s) norma (s) sectoriales de competencia laboral en la						
4.Contribuir al cumplimiento de las metas asociadas a los indicadores del proceso GECCL del Centro de Formación, mediante la realización						
5.Contribuir en la elaboración de informes, reportes y demás documentos relacionados con el desarrollo del proceso ECCL						
6.Informar sobre los resultados de la evaluación de competencias laborales, dentro de los 3 días hábiles siguientes a su realización						
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						
						
ADJANY XIOMARA MENDEZ SUAREZ 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 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.						
						
JEIMMY MONSALVE RANGEL 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 FREDY VELEZ NIÑO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1031169251		MENDEZ SUAREZ ADJANY XIOMARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transversal 70 No 67 B 75	BOGOTA-BOGOTA D.E.	11111111	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	346545600	9505671529	I	2026/07/13	2026/05/29	BANCOLOMBIA	0	\$579,400

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)					\$1,996,000	\$319,400			\$1,996,000	\$249,500			\$0	\$0			\$1,996,000	\$10,500		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,996,000	\$319,400			\$1,996,000	\$249,500			\$0	\$0			\$1,996,000	\$10,500		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,996,000	\$319,400			\$1,996,000	\$249,500			\$0	\$0			\$1,996,000	\$10,500		\$0	\$0	
1	CC	1031169251	MENDEZ ADJANY	230301	30	\$1,996,000	\$319,400	EPS008	30	\$1,996,000	\$249,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,996,000	\$10,500	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,996,000	\$319,400			\$1,996,000	\$249,500			\$0	\$0			\$1,996,000	\$10,500		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031169251		MENDEZ SUAREZ ADJANY XIOMARA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	transversal 70 No 67 B 75	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	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	346545600	9505671529	I	2026/07/13	2026/05/29	BANCOLOMBIA	0	\$579,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$319,400	\$0	\$0	\$319,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$319,400	\$0	\$0	\$319,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,500	\$0	\$0	\$10,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,500	\$0	\$0	\$10,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$249,500	\$0	\$0	\$249,500	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$249,500	\$0	\$0	\$249,500	
TOTAL				1	\$579,400	\$0	\$0	\$579,400	



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 21 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.	1025565596	Mailyn Ariana Ramos Méndez	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: Adjany Xiomara Méndez Suárez
C.C. 1.031.169.251 de Bogotá D.C.



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60772929



* 6 0 7 7 2 9 2 9 *

NUIP 1025565596

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 8 H

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 57 BOGOTA DC * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido

RAMOS * * * * *

Segundo Apellido

MENDEZ * * * * *

Nombre(s)

MAILYN ARIANA * * * * *

Fecha de nacimiento

Año 2 0 2 0 Mes A B R Día 0 6

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *

Número certificado de nacido vivo

15997259-8 * * * *

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

MENDEZ SUAREZ ADJANY XIOMARA * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)

CC No. 1031169251 * * * * *

Nacionalidad

COLOMBIA * * * * *

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

RAMOS CRUZ GIOVANNY SCOTT * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)

CC No. 1033741273 * * * * *

Nacionalidad

COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMOS CRUZ GIOVANNY SCOTT * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)

CC No. 1033741273 * * * * *

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 2 0 2 0 Mes A B R Día 1 5

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LEON GUILLERMO PICO MORA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

LEON GUILLERMO PICO MORA

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: RESOLUCION 03358 DE 13 ABRIL DE 2020 DE LA S.N.R.; 15/04/2020



La anterior es fiel copia tomada de su original. Se expide para acreditar parentesco. Decreto 1260 de 1.970, Art. 115. Por ser la primera, está exenta de derechos notariales.

Bogotá D.C. 20 de abril de 2020



LEÓN GUILLERMO PICO MORA.
NOTARIO 57 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C., ENCARGADO
RESOLUCIÓN 03358 DE 13 DE ABRIL DE 2020 DE LA S.N.R.