

 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 Código Centro Fecha Elaboración Versión ID de Proceso	25 101025 Julio de 2026 ENERO - 1.26 81626-488317
	REGIONAL CUNDINAMARCA DESPACHO DIRECCION			
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1			
	DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos: LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO Cédula de Ciudadanía: 1.016.099.051 Correo electrónico: alejandraalvarado_715@hotmail.com IP/Nº de contacto: Inducción SST: SI Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Banco a consignar: DAVIVIENDA Tipo de cuenta: AHORROS Número de Cuenta: 488436440843 Presta Servicios Excluidos de IVA: NO Pertenece al régimen simple de tributación: NO 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? Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600 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) ¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente? Concepto del pago corresponde a: TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.		NO NO NO NO Ninguno 0,00%		
DATOS DEL CONTRATO				
Nº del contrato: 9038181/2026		Nº Compromiso SIIF: 11726 Número de pagos durante la vigencia del contrato: 12		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		APOYOS ADM. Y GEST. - PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES CON CARÁCTER TEMPORAL Y PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA PARA APOYAR LA GESTIÓN JURÍDICA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES Y NORMATIVOS VIGENTES EN LA DIRECCIÓN REGIONAL CU		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del: 01/07/2026 Al: 31/07/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 23.346.667		
Número de pago: 7		Valor Total del Contrato: \$ 45.320.000		
Valor Bruto Pago: \$ 4.120.000,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 19.226.667		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios: \$ 4.120.000 Ingresos por comisiones: \$ 0		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas: 0,00% Retención en la Fuente del Periodo: \$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO: \$ 4.120.000 BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE: \$ 2.399.700		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO: \$ 0 \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS: -----		Julio: 93561219 Junio: 93561219	Base retención en la fuente a título de RENTA: 2.399.700,00 Base retención en la fuente a título de ICA: 3.620.900,00 Valor base IVA: 0,00 IVA (Si es RESPONSABLE): 0,00 Menos Retención en la Fuente: 0,00 Menos Retención IVA: 0,00 Reteica - 69102 - BOGOTÁ: 27.736,00 Otras Retenciones: 0,00 Otras Retenciones: 0,00 Otras Retenciones: 0,00 Otras Retenciones: 0,00 Otras Retenciones: 0,00 Otras Retenciones: 0,00 Descuentos de embargo (Si tiene): 0,00 VALOR A PAGAR: \$ 4.092.264,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC: \$ 1.750.905		\$ 1.750.905	19%	
Aporte obligatorio a seguridad social salud: \$ 218.900		\$ 218.900	0,00%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión: \$ 280.200		\$ 280.200	15%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional: \$ -		\$ 0	0,766%	
ARL: \$ 9.200		\$ 9.200	0%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias: \$ -		\$ -	0%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC: \$ -		\$ -	0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias: \$ -		\$ -	0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda: \$ -		\$ -	0,000%	
Dependientes hasta: \$ 412.000		\$ 412.000	0,000%	
Salud hasta: \$ 837.984		\$ -	0,000%	
Renta Exenta 25%: \$ 41.375.460		\$ 800.000	0,000%	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro: \$ 4.182.000		\$ -	0,000%	
Retención en la Fuente Contingente: \$ -		\$ -	0,000%	
SON: CUATRO MILLONES NOVENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Diligencie base de datos de Solicitud de información para respuesta a petición - Transición de Gobierno 2026-2030.				
Actualice el informe de tutelas con las respuestas generadas por los centros de formación.				
Revisé documentos necesarios para liquidar convenio con el Municipio de Villapinzón.				
Revisé plan operativo y estudios previos del Municipio Guatavita.				
Revisé plan operativo y estudios previos del Municipio Subachoque.				
Revisé plan operativo y estudios previos del Municipio Gachancipá.				
Revisé plan operativo y estudios previos del Madrid.				
Revisé plan operativo y estudios previos del Mosquera.				
Revisé plan operativo y estudios previos del Nilo.				
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			 LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO 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, MARITZA VELASCO DIAZ 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 JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON DIRECTOR REGIONAL G07 (E)				

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá,

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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 la persona relacionada a continuación, tiene la calidad de dependiente a mi cargo:

R.C	1.020.007.340	JUAN ESTEBAN GUILLEN ALVARADO	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.



LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO

C.C.: 1.016.099.051 DE BOGOTÁ D.C.



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1026007340

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60059254

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código ☐
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ						

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido						
GUILLEN				ALVARADO						
Nombre(s)										
JUAN ESTEBAN										
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH				
Año	2	0	1	Mes	1	Día	1	MASCULINO	D	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	15429258-0

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	
ALVARADO FRANCO LINA ALEJANDRA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1016099051 de BOGOTÁ D.C.	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	
GUILLEN REY CARLOS ANDRES	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1016074391 de BOGOTÁ D.C.	Colombiana

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
GUILLEN REY CARLOS ANDRES	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1016074351 de BOGOTÁ 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 2 0 1 Mes 1 5 Día 1 0	ALEJANDRO HERNANDEZ TRUJILLO
	Nombre y firma

BOGOTÁ, D.C.

12 AGO. 2019

NOTARIO CINCUENTA Y CINCO DEL
CIRCULO DE BOGOTÁ

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016099051	LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO		Cra 18 # 15- 36	0000000	alejandraalvarado_715@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93561219	17/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$1,750,905	\$543.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF21	Cafam					860013570-3	35.100	0	0

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	543.400	543.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016099051	LINA ALEJANDRA ALVARADO FRANCO		Cra 18 # 15- 36	0000000	alejandraalvarado_715@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93561219	17/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$1,750,905	\$543.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES												
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TUE	TAF	TAP	UP	UPP	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1016099051	ALVARADO FRANCO LINA ALEJANDRA	59	0			N								X								230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200	CCF21	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0