

 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 CAUCA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	19
			Código Centro	930710
			Fecha Elaboración	Julio de 2026
			Versión	ENERO - 1,26
			ID de Proceso	61331-676112
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: HERNAN DARIO BONILLA LOPEZ		Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 76.332.753		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: hdbonilla@sena.edu.co		Número de Cuenta: 26156298513		
IP/N° de contacto: 22413		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?				
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: Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
N° del contrato: 9135941/2026		N° Compromiso SIIF 24726		Número de pagos durante la vigencia del contrato 10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		930710-0361Instructor. Prestar servicios profesionales como Instructor (a) para desarrollar actividades propias de la Formación Profesional Integral EN ETAPA LECTIVA Y/O PRODUCTIVA DEPENDIENDO DE LA PROGRAMACION ASIGNADA Y NECESIDAD DEL CENTRO, mediante la orientación y ejecución de procesos formativos presenciales y/o a distancia, virtuales y/o		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/07/2026 Al 31/07/2026		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 23.687.485
Número de pago 6		Valor Total del Contrato:		\$ 47.374.970
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 18.949.988
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 \$ 2.785.747		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 2.785.747,00 TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	9506955489	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.737.497,00
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 - 8551 - POPAYAN 9.475,00 0,200%
		\$		- 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% \$34.479.550		\$ 928.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 5.129.000				
Retención en la Fuente Contingente \$				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$4.728.022,00
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL VEINTIDOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Impartir formacion profesional integral en la fichas: 3140785-3411931-3315215-3411878-3066487-3172879				
y los resultados de aprendizaje:Con la competencia:GENERAR HÁBITOS SALUDABLES DE VIDA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE ACTIVIDAD				
1-EJECUTAR ACTIVIDADES DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO ORIENTADAS HACIA EL MEJORAMIENTO DE LA CONDICIÓN FÍSICA EN LOS CONTEXTOS PRODUCTIVO				
2-PRACTICAR HÁBITOS SALUDABLES MEDIANTE LA APLICACIÓN DE FUNDAMENTOS DE NUTRICIÓN E HIGIENE				
3-DESARROLLAR HABILIDADES PSICOMOTRICES EN EL CONTEXTO PRODUCTIVO Y SOCIAL				
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		 HERNAN DARIO BONILLA LOPEZ 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. 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.				
		LUIS CARLOS MEJIA PERAFAN INSTRUCTOR G14		
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 HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ 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 76332753		BONILLA LOPEZ HERNAN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 38 NO 1 B 20	POPAYAN-CAUCA	5555555	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	40159341	9506955489	I	2026/07/14	2026/07/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$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	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,894,998	\$303,200			\$1,894,998	\$236,900			\$1,894,998	\$37,900			\$1,894,998	\$9,900		\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,894,998	\$303,200			\$1,894,998	\$236,900			\$1,894,998	\$37,900			\$1,894,998	\$9,900		\$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					\$1,894,998	\$303,200			\$1,894,998	\$236,900			\$1,894,998	\$37,900			\$1,894,998	\$9,900		\$0
1	CC 76332753	BONILLA HERNAN	25-14	30	\$1,894,998	\$303,200	EPS005	30	\$1,894,998	\$236,900	CCF14	30	\$1,894,998	\$37,900	14-23	30	\$1,894,998	\$9,900	30	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,894,998	\$303,200			\$1,894,998	\$236,900			\$1,894,998	\$37,900			\$1,894,998	\$9,900		\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 76332753		BONILLA LOPEZ HERNAN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 38 NO 1 B 20	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-06	2026-06	40159341	9506955489	I	2026/07/14	2026/07/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$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	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$303,200	\$0	\$0	\$303,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,900	\$0	\$0	\$9,900	
POSITIVA COMPAÑIA 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	
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	\$37,900	\$0	\$0	\$37,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900	
TOTAL				1	\$587,900	\$0	\$0	\$587,900	

FACTURAS

BANCO DE OCCIDENTE

NUMERO TRANSACCION: 12292910

FECHA: 01/07/2026 HORA: 09:44:37

VENDEDOR: LINA FERNANDA HURTADO QUILINDO
POPAYAN

NIT: 800100375-8

CODIGO SEGURIDAD

01-386374235\$

PLANILLA AS APORTES EN LINEA

REFERENCIA: 9506955489

NURA: 00001506

VALOR DEL PAGO: \$587,900

FECHA APLICACION: 01/07/2026

FECHA DEL PAGO: 01/07/2026 HORA: 09:44:3
6

NRO AUTORIZACION: 159341

PUNTO DE RECAUDO: 11111530

NOMBRE SORTEO: VALLE

NUMERO DE 4 CIFRAS: 6975

FECHA SORTEO: 01/07/2026

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO

DE OCCIDENTE. LA IMPRESION DE ESTE

TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACION.

VERIFIQUE LA INFORMACION. ESTE ES EL

UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.

REQUERIMIENTOS 018000 512825 OPCION 3



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Popayán Julio de 2026 Señores

SERVICIONACIONAL 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.	1.029.622.020	NICOLAS BONILLA JIMENEZ	HIJO
-------------	----------------------	--------------------------------	-------------

Todavía 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,

Hernan Dario Bonilla Lopez
FIRMA

Nombre: HERNANDARIO BONILLALOPEZ
C.C. 76332753

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.029.622.020

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 53588653
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A E Z

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

REGISTRADURIA DE POPAYAN-CL LA ESTANCIA - COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido BONILLA Segundo Apellido JIMENEZ

Nombre(s) NICOLAS

Fecha de nacimiento Año 2014 Mes SEP Día 11 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 12934029-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos JIMENEZ RAMIREZ IVONNE ADRIANA

Documento de Identificación (Clase y número) CC 34.323.353

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos BONILLA LOPEZ HERNAN DARIO

Documento de Identificación (Clase y número) CC 76.332.753

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos BONILLA LOPEZ HERNAN DARIO

Documento de Identificación (Clase y número) CC 76.332.753

Firma Hernan Bonilla

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 2014 Mes SEP Día 12

Nombre y firma del funcionario que autoriza CONSUELO AMPARO CHANTRE HOYOS (E)

Nombre y firma

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 -



LA REGISTRADURIA ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL
DE POPAYAN - CAUCA

CERTIFICA

Que esta fotocopia corresponde al original del REGISTRO CIVIL DE
NACIMIENTO con indicativo Serial No. 53588653

Que se lleva en esta Registraduría
POPAYÁN, 12 SEP 2014 de


Registrador Especial del Estado Civil de Popayán

Consuelo Amparo Chantre Hoyos
REGISTRADORA ESPECIAL (E)
POPAYAN