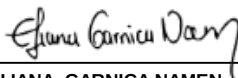


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRÁFICA- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11				
			Código Centro		921710				
			Fecha Elaboración		Julio de 2026				
			Versión		ENERO - 1,26				
			ID de Proceso		31253-776425				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		EDNA CAROLINA GONZALEZ HERNANDEZ		Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL			
Cédula de Ciudadanía		1.010.168.198		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		ecgonzalezh@sena.edu.co		Número de Cuenta:		24043594375			
IP/N° de contacto:				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									
N° del contrato:		9029697/2026		N° Compromiso SIIF	10326	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar Servicios Profesionales De Carácter Temporal, Para Atender Los Procesos Formativos De Los Aprendices En Las Competencias Basicas Asociados A La Red De Conocimiento Institucional De Pedagogia Institucional Comunicación En El Área Temática De Comunicacion De Los Programas Presencial De Acuerdo Con Lineamientos De La Formación Profesional Integral,							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/07/2026		Al		31/07/2026			
Número de pago		7		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 22.582.069			
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Valor Total del Contrato:		\$ 46.585.387			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 17.844.572			
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		-----		9505815946		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		\$ 9.900		\$ 9.900		Reteica - 8299 - BOGOTÁ		40.547,00	0,966%
		\$ -						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%		\$ 37.927.505		\$ 928.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.703.000							
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$4.696.950,00	
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Desarrollar actividades de planeación de los procesos formativos asignados por la coordinación académica.									
Ejecutar procesos formativos asignados por la coordinación académica en las jornadas académicas y sedes adscritas al Centro.									
Implementar de manera conjunta y concertada con la coordinación, las estrategias y didácticas orientar el aprendizaje.									
Cumplir los lineamientos de orientación del desempeño del instructor en ambientes presenciales, los cuales se encuentran en Compromiso									
Reportar de manera oportuna a la coordinación, las novedades académicas y/o disciplinarias de los aprendices asignados.									
Registrar en el aplicativo SOFÍA Plus, de manera oportuna, todas las actividades correspondientes a los procesos académicos.									
Garantizar la actualización y carga oportuna de la información relacionada con los procesos formativos en One Drive.									
Presentar oportunamente los informes y reportes requeridos sobre las actividades formativas.									
Aplicar los procesos y procedimientos establecidos por la entidad, para la gestión documental relacionada con el objeto contractual.									
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									
						EDNA CAROLINA GONZALEZ HERNANDEZ 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.						ELIANA GARNICA NAMEN INSTRUCTOR			
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 JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS 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 1010168198		GONZALEZ HERNANDEZ EDNA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 60A #49A - 21 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3104822032	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	428671805	9505815946	I	2026/07/23	2026/06/30	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$561,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES									
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1010168198	GONZALEZ HERNANDEZ EDNA CAROLINA																		231001	30	\$1,895,000	\$303,200	EP5008	30	\$1,895,000	\$236,900	CCF24	30	\$1,895,000	\$11,400	14-23	30	\$1,895,000	\$9,900	30	\$0	\$0	No	\$561,400
Total Afiliados(1)																							\$1,895,000	\$303,200			\$1,895,000	\$236,900			\$1,895,000	\$11,400			\$1,895,000	\$9,900	\$0	\$0		\$561,400	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010168198		GONZALEZ HERNANDEZ EDNA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 60A #49A - 21 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3104822032	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	428671805	9505815946	I	2026/07/23	2026/06/30	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$561,400

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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	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	\$11,400	\$0	\$0	\$11,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$11,400	\$0	\$0	\$11,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$236,900	\$0	\$0	\$236,900
TOTAL				1	\$561,400	\$0	\$0	\$561,400



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 29 de Enero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

RC	1027544533	JUAN JOSE VILLANUEVA GONZALEZ	Hijo(a)
----	------------	-------------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

EDNA CAROLINA GONZALEZ HERNANDEZ
C.C. 1010168198



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 29 de Enero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

TI	1025550367	LUCIANA VILLANUEVA GONZÁLEZ	Hijo(a)
----	------------	-----------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

EDNA CAROLINA GONZALEZ HERNANDEZ
C.C. 1010168198



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

NUIP 1025550367

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 52679828

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 57 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 057

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

*****COLOMBIA ***** CUNDINAMARCA ***** BOGOTA *** NOTARIA 57*****

Datos del inscrito

Primer Apellido VILLANUEVA Segundo Apellido GONZALEZ

Nombre(s) LUCIANA

Fecha de nacimiento Año 2012 Mes SEP Día 22 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo 0 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 DE NACIDO VIVO ***** 11677379-3*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos GONZALEZ HERNANDEZ EDNA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1010168198 DE BOGOTA D.C. ***** COLOMBIANA *****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos VILLANUEVA OSORIO CHRISTIAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 80728638 DE BOGOTA D.C. ***** COLOMBIANA *****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos VILLANUEVA OSORIO CHRISTIAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 80728638 DE BOGOTA D.C. *****

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción

Año 2012 Mes SEP Día 27

Nombre y firma del funcionario que autoriza

NIBARDO AGUSTIN FUERTES MORALES

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

NIBARDO AGUSTIN FUERTES MORALES

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV T 163 F 160



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

62150149

NUIP

1027544533

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaria ☒ Número Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 9 H

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 58 BOGOTA DC * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido VILLANUEVA * * * * * Segundo Apellido GONZALEZ * * * * *
Nombre(s) JUAN JOSE * * * * *
Fecha de nacimiento Año 2 0 2 2 Mes E N E Día 0 1 Sexo (en letras) MASCULINO 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

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * 170690384 * * * *

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

GONZALEZ HERNANDEZ EDNA CAROLINA * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 1010168198 * * * * * 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

VILLANUEVA OSORIO CHRISTIAN CAMILO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 80728638 * * * * * COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VILLANUEVA OSORIO CHRISTIAN CAMILO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC No. 80728638 * * * * *

+

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 2 Mes E N E Día 0 6

Nombre y firma del funcionario que autoriza

DIANA MARCELA ESTUBINAN MUNOZ (E)

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Cadena S.A.

directup