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 HUILA

CENTRO DE GESTIÓN Y DESARROLLO SOSTENIBLE SURCOLOMBIANO-HUILA

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**41**
Código Centro	**952810**
Fecha Elaboración	**Julio de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**17781-078312**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANA SILVIA MUÑOZ MARTINEZ	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	1.085.688.083	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	asmunozm@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	704241595
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:	8959750/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**1826**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, EN ACTIVIDADES DE INSTRUCTOR DEL ÁREA DEPORTES, IMPARTIENDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA Y SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA, EN EL CGDSS.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2026 Al 31/07/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.423.738
Número de pago	**6**	**Valor Total del Contrato:**	$ 42.637.473
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 14.686.241

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
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9505719591**	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 - 8523 - PITALITO	28.425,00	0,600%
		$		-	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.	$ 4.587.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.709.072,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecutar la Formación Profesional Integral en el área objeto del contrato, de acuerdo con la asignación de grupos de los programas:

Se realizo formación a los técnicos: 3312887, 3410411, 3312662, 3454083, 3410377

Emitir juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizaje de las competencias del programa, aplicando l

Realizar, cuando sea asignado, el seguimiento y la evaluación de la etapa productiva del aprendiz de manera oportuna, de acuerdo con l

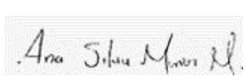
Participar activamente en las actividades de apoyo a la formación, tales como bienestar al aprendiz, competitividad, emprendimiento, c

Apoyar la gestión documental del Procedimiento Ejecución de la Formación Profesional Integral manteniendo actualizado el Portafolio de

Se realizo pago de seguridad social del mes de JUNIO con numero de planilla 9505719591

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



ANA SILVIA MUÑOZ MARTINEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

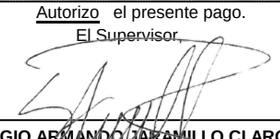
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,



SERGIO ARMANDO JARAMILLO CLAROS
INSTRUCTOR 616

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
GABRIEL FERNANDO TORRES PRIETO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

14/07/26 16:07:02 USUARIO: SIC - C.C. 1085688083

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1085688083		MUÑOZ MARTINEZ ANA SILVIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 21A # 1-32 ESTE	PITALITO-HUILA	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	439529707	9505719591	I	2026/07/21	2026/07/01	BANCOLOMBIA	0	$550,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999	$9,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999	$9,900		$0	$0
Ciudad: PITALITO Depto: HUILA (1 Afiliados)					$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999	$9,900		$0	$0
1	CC	1085688083	MUÑOZ ANA	230301	30	$1,894,999	$303,200	EPS037	30	$1,894,999	$236,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,894,999	$9,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999	$9,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1085688083		MUÑOZ MARTINEZ ANA SILVIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 21A # 1-32 ESTE	PITALITO-HUILA	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	439529707	9505719591	I	2026/07/21	2026/07/01	BANCOLOMBIA	0	$550,000

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$0	$0	$236,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$236,900	$0	$0	$236,900
TOTAL				1	$550,000	$0	$0	$550,000

Bancolombia

Comprobante en línea

1 Jul 2026 15:55

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 439529707

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
181.174.230.74

Fecha
1 Jul 2026 15:55

Referencia 2
CC

Número de factura
9505719591

Referencia 3
1085688083

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave 9505719591

Valor del Pago
$550.000

Número de comprobante
TR260701155511e1R4hR

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 5185**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PROCESO		
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública [X]	Pública Clasificada [ ]	Pública Reservada [ ]

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 04 de febrero de 2026

SENA - CFP 419528
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2026-000983
5/02/2026 2:51:21 p. m.
Destinatario: _____

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.	**1085688083**	**Antonio Alejandro Muñoz Martínez**	**HIJO**

R.C	**1083945508**	**Juan Diego Ruiz Muñoz**	**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: Ana Silvia Muñoz Martínez
C.C. 1.085.688.083

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 38155548-4

NUIP 1.083.945.508

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64548329

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 9 0

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

REGISTRADURIA DE PITALITO - COLOMBIA - HUILA - PITALITO.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RUIZ.....	MUÑOZ.....

Nombre(s)

JUAN DIEGO.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes ENE Día 29	MASCULINO.....	A.....	POSITIVO.

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

COLOMBIA HUILA PITALITO.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	25018910033245....

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

MUÑOZ MARTINEZ ANA SILVIA.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.085.688.083.....	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

RUIZ SUAREZ JUAN SEBASTIAN.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.083.919.421.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RUIZ SUAREZ JUAN SEBASTIAN.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.083.919.421.....	Juan Sebastian Ruiz

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 2025 Mes FEB Día 04	LEYDY KARYNE CALDERON LEIVA (REG
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Juan Sebastian Ruiz Suarez	
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

04.FEB.2025 - LIBRO DE VARIOS - TOMO:107 FOLIO:088.

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL PITALITO HUILA.
ESTE DOCUMENTO ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA OFICINA

LEYDY KARYNE CALDERON LEIVA
Registrador Especial del Estado Civil
FECHA: 04 FEB 2025

REGISTRADURIA ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL
PITALITO - HUILA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

6454832 9

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.085.690.814

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **56588390**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 1 7

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

REGISTRADURIA DE TAMINANGO - COLOMBIA - NARIÑO - TAMINANGO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ	MARTINEZ

Nombre(s)

ANTONIO ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes 04 Día 23	MASCULINO		

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

COLOMBIA NARIÑO PASTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13392948-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ MARTINEZ ANA SILVIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.085.688.083	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MUÑOZ MARTINEZ ANA SILVIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.085.688.083	Ana Silvia Muñoz

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 2016 Mes 04 Día 27	XIMENA GICELA MUÑOZ ZAMUDIO EE Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -