

 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 SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11
			Código Centro		940510
			Fecha Elaboración		Julio de 2026
			Versión		ENERO - 1,26
			ID de Proceso		02420-365177
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos:		LUIS ANGEL MUÑOZ RAMBAL		Banco a consignar: DAVIVIENDA	
Cédula de Ciudadanía		7.142.058		Tipo de cuenta: AHORROS	
Correo electrónico:		lamunozr@sena.edu.co		Número de Cuenta: 488443886913	
IP/Nº de contacto:		54054		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:		9061708/2026		Nº Compromiso SIIF 19626	
				Número de pagos durante la vigencia del contrato 12	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios personales temporales con autonomía técnica, administrativa, financiera y tecnológica, para apoyar los procesos de Formación Profesional Integral en competencias relacionadas con el area			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del		01/07/2026		Al 31/07/2026	
Número de pago		7		Saldo Anterior del Contrato: \$ 26.056.234	
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Valor Total del Contrato: \$ 50.059.552	
				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 21.318.737	
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	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		9507008321	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999		\$ 1.894.999	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900		\$ 236.900	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200		\$ 303.200	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL I		\$ 9.900		\$ 9.900	
		\$			
		\$			
		\$			
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		\$ 473.750			
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -	
Renta Exenta 25%		\$ 41.375.460		\$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.584.000			
Retención en la Fuente Contingente		\$			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.785.747,00	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.197.397,00	
				Valor base IVA 0,00	
				IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
				Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
				Menos Retencion IVA 0,00 15%	
				Reteica - 8299 - BOGOTÁ 40.547,00 0,966%	
				- 0,00 0%	
				- 0,00 0%	
				- 0,00 0%	
				- 0,00 0%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				Otras Retenciones 0,00 0,000%	
				0,00	
				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					
OB1_Desarrollé actividades de aprendizaje propias de las competencias "Utilizar Herramientas Informáticas" en las fichas 3478050, 3478073, 3478086 - "Gestionar la Información" en la ficha 3464726 - "Matemáticas" en la ficha 3410697 y "Física" en la ficha 3433409.					
OB2_Diligencié los formatos de evaluación, asistencia, plan de trabajo y todos los relacionados con la formación.					
OB4_Realicé la evaluación en la plataforma SenaSofia de la competencia "Utilizar Herramientas Informáticas" en las fichas 3386439, 3386590, 3408031, 3408041, 3478053, 3478063, 3489350					
OB5_Realicé con los aprendices la socialización de la importancia del proceso formativo en su desarrollo profesional.					
OB9_Realicé y entregué informe de gestión contractual de Julio/2026 y adjunté planilla de aportes #9507008321 de julio/2026					
OB11 Asistí a semana de alistamiento los días 6, 7 y 8 de julio de 2026					
OB12_Realicé en cada sesión inventario de equipos TIC con el apoyo administrativo y velé por el buen uso de estos por los aprendices					
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				LUIS ANGEL MUÑOZ RAMBAL 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.				OLGA LUCIA RUIZ FLOREZ 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 MIREYA PARRA PINTO SUBDIRECTORA 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 7142058		MUÑOZ RAMBAL LUIS ANGEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Urb. El Parque Mz. 9 Casa 3	SANTA MARTA-MAGDALENA	3218000000	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	491419612	9507008321	I	2026/07/15	2026/07/21	BANCO DAVIVIENDA	6	\$554,10

EMPLEADO		NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS				PARAFISCALES														
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$1,900,000	\$304,000			\$1,900,000	\$237,500			\$0	\$0			\$1,900,000	\$10,000		\$0	\$0			\$551,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							\$1,900,000	\$304,000			\$1,900,000	\$237,500			\$0	\$0			\$1,900,000	\$10,000		\$0	\$0			\$551,500
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)																							\$1,900,000	\$304,000			\$1,900,000	\$237,500			\$0	\$0			\$1,900,000	\$10,000		\$0	\$0			\$551,500
1	CC	7142058	MUÑOZ LUIS																	25-14	30	\$1,900,000	\$304,000	EPS002	30	\$1,900,000	\$237,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,900,000	0.522%	\$10,000	0	\$0	\$0	No	\$551,500	
Total Afiliados(1)																							\$1,900,000	\$304,000			\$1,900,000	\$237,500			\$0	\$0			\$1,900,000	\$10,000		\$0	\$0			\$551,500

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$304,000	\$1,400	\$0	\$305,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$304,000	\$1,400	\$0	\$305,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,000	\$100	\$0	\$10,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,000	\$100	\$0	\$10,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$237,500	\$1,100	\$0	\$238,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$237,500	\$1,100	\$0	\$238,600
TOTAL				1	\$551,500	\$2,600	\$0	\$554,100



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

Junio 2025

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol



INSTRUCCIONES

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 de mayo 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 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.	1083003870	LEONEL ANDRÉS MUÑOZ CAMACHO	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: LUIS ÁNGEL MUÑOZ RAMBAL

C.C. 7.142.058 de Santa Marta (Magd)



NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:



DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal



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

NUIP

1.083.003.870

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

54241790

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código L 8 F

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

REGISTRADURIA DE SANTA MARTA COLOMBIA MAGDALENA SANTA MARTA...

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

MUNOZ

CAMACHO

Nombre(s)

LEONEL ANDRES

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2 0 1 3 Mes S E P Día 0 7

MASCULINO

POSITIVO

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

COLOMBIA MAGDALENA SANTA MARTA...

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO...

12085682-5...

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CAMACHO SUAREZ DIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 36.721.758...

COLOMBIA...

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MUNOZ RAMBAL LUIS ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 7.142.058...

COLOMBIA...

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MUNOZ RAMBAL LUIS ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)

CC 7.142.058...

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

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año 2 0 1 3

Mes OCT

Día 0 3

ARTURO RAFAEL DONADO BARROS - REG

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIXPRES S.A.S. NIT 900.190.000-1 (0023857)



ESTA REPRODUCCIÓN
FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE
LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS
ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

17 JUN 2021



Adhesivo Copia
Registro Civil

27640740-0

- PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL -