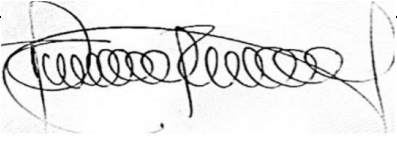
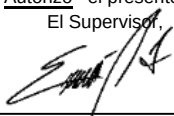


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO METALMECÁNICO- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11				
			Código Centro		921410				
			Fecha Elaboración		Julio de 2026				
			Versión		ENERO - 1,26				
			ID de Proceso		93567-428207				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		DIANA RAQUEL HURTADO CUELLAR		Banco a consignar:		BANCO BBVA			
Cédula de Ciudadanía		1.033.705.462		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		diasale1011@hotmail.com		Número de Cuenta:		074094434			
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		SI			
¿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						SI			
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:		8986722/2026		N° Compromiso SIIF	226	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		APOYOS ADM Y GEST:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN DERECHO PARA LA ESTRUCTURACIÓN Y APOYO INTEGRAL A LA GESTIÓN CONTRACTUAL Y CONVENCIONAL DE ADELANTE EN EL CENTRO METALMECÁNICO DE LA REGIONAL DISTRITO CAPITAL,							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/07/2026		Al		31/07/2026			
Número de pago		7		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 38.192.400			
Valor Bruto Pago:		\$ 6.365.400,00		Valor Total del Contrato:		\$ 73.202.100			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 31.827.000			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 6.365.400		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		\$ 6.365.400				\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.742.860		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		3.742.860,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		6024183653		Base retención en la fuente a titulo de ICA		5.639.700,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.546.160		\$ 2.546.160		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 318.300		\$ 318.300		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 407.400		\$ 407.400		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 13.300		\$ 13.300		Reteica - 8299 - BOGOTÁ		54.480,00	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		\$ 636.540				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 41.375.460		\$ 1.247.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 6.824.000							
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$6.310.920,00	
SON: SEIS MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Estructurar, en las etapas precontractual, Contractual y poscontractual, los procesos contractuales o convencionales en sus diferentes									
La estructuración de los procesos de selección comprende,pero no se limita, a la elaboración y/o revisiónde los documentos con ocas									
Apoyar las áreas de la necesidad o demás áreas técnicas en todo lo relacionado con la gestión contractual									
) Elaborar los documentos que sean necesarios para garantizar el soporte jurídico en todos los procesos de contratación y convenios qu									
) Tramitar las solicitudes que le sean asignadas el SECOP I, SECOP II Y TVEC.									
Verificar las garantías presentadas con ocasión de los procesos de selección o convenios celebrados por el SENA.									
Atender los trámites de modificaciones, prórrogas, adiciones, cesiones, suspensiones y demás modificaciones contractuales y convencion									
Elaborar los informes o respuestas a los requerimientos realizados por los entes de control o aquellos solicitados por el supervisor o									
Tramitar,desdesu competencia, la liquidación de los contratos y convenios que le sean asignados.									
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									
						DIANA RAQUEL HURTADO CUELLAR 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.						EDGAR QUISOBONI GACHARNA PROFESIONAL G10			
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 JULIAN ANDRES COLORADO CALDERON SUBDIRECTOR DE CENTRO G02									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1033705462
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	DIANA RAQUEL HURTADO CUELLAR	
CIUDAD/MUNICIPIO:	DAGUA DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	DG 49 BIS A SUR N13 J 91 APTO	TELÉFONO: 9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA: 01 - PLANILLA SENA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6024183653	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	1	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 485550538

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 407.700
SUBTOTAL:			1	\$ 407.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 318.600
SUBTOTAL:			1	\$ 318.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 13.400
SUBTOTAL:			1	\$ 13.400

VALOR SIN MORA:	\$ 739.000
VALOR MORA:	\$ 700
TOTAL PAGADO:	\$ 739.700

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



NUIP 1.029.282.574

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

41572039

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☒	Notaría	☐	Número	☐	Consulado	☐
Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A	E	A
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
REGISTRADURIA DE CIUDAD BOLIVAR H MEISSEN - COLOMBIA - CUNDINAMARCA							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
VARGAS		HURTADO	
Nombre(s)			
TALLIANA SOFIA			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo
Año	2008	Mes	AGO
Día	06	FEMENINO	A
Factor RH			
POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.			

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51244868 1

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
HURTADO CUELLAR DIANA PAQUEL	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.033.705.462	COLOMBIA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
VARGAS ANGARITA FERNEY ALEJANDRO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACION	COLOMBIA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
HURTADO CUELLAR DIANA RAQUEL	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.033.705.462	

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	2008
Mes	AGO
Día	13
JOSE ILDEFONSO LESMES UMBACIA - R	
Nombre y firma	

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

1572039



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

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de julio 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:

NUIP - NIP	1029282574	TALIANA SOFIA VARGAS HURTADO	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: DIANA RAQUEL HURTADO CUELLAR
C.C. 1033705462



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