

 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		60047-170729					
DATOS DEL CONTRATISTA										
Nombres y apellidos:		ZULMA NATALI ARIZA RODRIGUEZ		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA				
Cédula de Ciudadanía		1.033.684.713		Tipo de cuenta:		AHORROS				
Correo electrónico:		znariza@sena.edu.co		Número de Cuenta:		18618069202				
IP/N° 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										
N° del contrato:		9178489/2026		N° Compromiso SIIF	41026	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11			
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 las competencias de los programas								
DATOS PERIODO DEL PAGO										
Del		01/07/2026		Al		31/07/2026				
Número de pago		6		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 26.056.234				
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Valor Total del Contrato:		\$ 49.585.802				
				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		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.785.747,00	TARIFA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		1083114380		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 I		\$ 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		\$ -						-	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -						-	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -						-	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 473.750						-	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -				-	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.		\$ 4.609.000						-	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -						-	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 Realicé actividades de gestión de fichas y procesos de enseñanza conforme a las demandas del mercado: •Ficha 3572834 •Ficha 3568										
•Ficha 3568768 •2 EDT										
ob2 Realicé proceso de inscripción y gestión de matrícula de fichas de acuerdo a los tiempos establecidos por la Coordinación										
ob3 Realicé divulgación y promoción de los cursos según solicitud y necesidad del servicio de acuerdo a los tiempos establecidos										
ob4 Realicé registro de juicios de evaluación de las fichas: •Ficha 3529194 •Ficha 3529195 •Ficha 3526299 •Ficha 3549717										
•Ficha 3549705 •Ficha 3549939										
ob5 Realicé acompañamiento y motivación para el ingreso y permanencia de los aprendices en el proceso de formación.										
ob6 Brindé acompañamiento a los aprendices para cumplimiento de sus deberes, derechos y obligaciones establecidos.										
ob9 Entregué el informe acta correspondiente al mes de mayo, en el cual se relacionan las actividades académicas y administrativas										
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										
ZULMA NATALI ARIZA RODRIGUEZ EL CONTRATISTA										
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO										
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,										
DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS INSTRUCTOR G16										
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)										

PAGADO 29/06/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ZULMA NATALI ARIZA RODRIGUEZ		
Documento	CC1033684713	Dirección	CL 70 #94 A - 07
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3152693908
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	SVT	SVN	IGE	LME	LMA	XAP	XAP	VCT	IND	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1033684713	ZULMA NATALI ARIZA RODRIGUEZ	59	00																			0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 2.050.000	\$ 328.000	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 2.050.000	\$ 256.300	2,436	\$ 2.050.000	\$ 50.000	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 2.050.000	\$ 41.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 675.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 2.050.000	\$ 2.050.000	\$ 2.050.000	\$ 2.050.000	\$ 328.000	\$ 256.300	\$ 50.000	\$ 41.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 675.300	\$ 0	\$ 675.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!



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, 31 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:

T.I.	1.014.998.414	ANDRÉS FELIPE ARIZA RIVEROS	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: ZULMA NATALI ARIZA RODRIGUEZ

C.C. 1.033.684.713 de Bogotá D.C

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**
**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

58323616

NUIP

1014998414

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaria ☒

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

A

3

J

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 64 BOGOTA DC * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

ARIZA * * * * *

RIVEROS * * * * *

Nombre(s)

ANDRES FELIPE * * * * *

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2 0 1 6

Mes

J U I

Día

1 4

MASCULINO

O

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

I.C.B.F. (INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR)

* * * * *

Datos de 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

ARIZA RODRIGUEZ ZULMA NATALI * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 1033684713 * * * * *

COLOMBIA * * * * *

Datos de padre o madre (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

RIVEROS NOGUERA EDGAR GUSTAVO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 80088412 * * * * *

COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RIVEROS NOGUERA EDGAR GUSTAVO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC No. 80088412 * * * * *

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 2 1

Mes

S E P

Día

1 7

FERNANDO RODRIGUEZ OLMOS

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.014.998.414**

ARIZA RIVEROS

APELLIDOS

ANDRES FELIPE

NOMBRES

andres

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

14-JUL-2016

LUGAR DE NACIMIENTO
14-JUL-2034

O+

M

FECHA DE VENCIMIENTO
04-SEP-2023 BOGOTA D.C.

G S RH

SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO



P-1500150-01395139-M-1014998414-20231116

0137238881A 1

8509388322