



REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE MATERIALES Y ENSAYOS- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	921510
Fecha Elaboración	Julio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	79679-739432

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JUAN CARLOS CAMACHO VEGA	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	79.791.556	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	camachojuan@misena.edu.co	Número de Cuenta:	0550466100090565
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	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	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:	9136714/2026	Nº Compromiso SIIF	4226	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTORESPRESTAR SERVICIOS EN IMPARTIR FORMACION EN LOS PROGRAMAS OFERTADOS FORMACION TITULADA			

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/07/2026	Al	31/07/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 26.056.234
Número de pago	7			Valor Total del Contrato:	\$ 50.059.552
Valor Bruto Pago:			\$ 4.737.497,00	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	\$ 2.581.206	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			-----	93049318	Base retención en la fuente a título de RENTA		2.581.206,00	TARIFA	
Ingreso Base de Cotización - IBC			\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título de ICA		4.197.397,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud			\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA		0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión			\$ 303.200	\$ 303.200	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional			\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%	
ARL I			\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retencion IVA		0,00	15%	
			\$		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%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias			\$ -				-	0,00	0%
Intereses Prestamo de Vivienda			\$ -				-	0,00	0%
Dependientes hasta			\$ 473.750				-	0,00	0%
Salud hasta		\$ 837.984	\$ 272.541				-	0,00	0%
Renta Exenta 25%		\$41.375.460	\$ 860.000				-	0,00	0%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.336.000					-	0,00	0%
Retención en la Fuente Contingente			\$				-	0,00	0%
					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

Se está haciendo el acompañamiento a las fichas de Formación Titulada Virtual : 3070378, 3118587, 3134596 y 3336529 y 3466193

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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

JUAN CARLOS CAMACHO VEGA
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 periodo 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,

EDITH NANCY ESPINEL BERNAL
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
CAROLINA HERNANDEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93049318	30/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$550.000	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	1

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79791556	JUAN CARLOS CAMACHO VEGA		Calle 94 72a52 casa 90	3102682396	jccamacho@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93049318	30/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$550.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 79791556	CAMACHO VEGA JUAN CARLOS	59	0			N																230301	1.894.999	30	303.200	0	0	0	0	EPS008	1.894.999	30	236.900	14-23	1.894.999	30	1	9.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

**COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S. A.****NIT. 800.106.339-1****CERTIFICA :**

Que el señor(a) CAMACHO VEGA JUAN CARLOS identificado(a) con CC No. 79791556 tiene el contrato No. 310431670071 de Medicina Prepagada, el cual ampara a las siguientes personas:

Nombre	Identificación	F. Ini Vig	F. Fin Vig	Parentesco	Valor
CAMACHO VEGA JUAN CARLOS	CC 79791556	15/11/2016	14/11/2026	TITULAR	3,270,494

Fecha de Pago	Cuota	Interes Mora	IVA	Interes Mora IVA	Valor Pagado
15/01/2025	259,563	0	12,977	0	272,540
07/02/2025	259,563	0	12,979	0	272,542
08/03/2025	259,563	0	12,978	0	272,541
25/04/2025	259,563	0	12,977	0	272,540
26/05/2025	259,563	0	12,979	0	272,542
25/06/2025	259,563	0	12,977	0	272,540
28/07/2025	259,563	0	12,978	0	272,541
22/08/2025	259,563	0	12,978	0	272,541
11/09/2025	259,563	0	12,979	0	272,542
17/10/2025	259,563	0	12,977	0	272,540
10/11/2025	259,563	0	12,979	0	272,542
15/12/2025	259,563	0	12,977	0	272,540

El valor cancelado por Unidad de Pago por Directo UPD para el año 2025 corresponde a \$273.900. Esta información se genera con cuentas médicas ya aprobadas, no incluye cuentas médicas en proceso y/o en definición.

Este certificado se expide por el periodo comprendido entre el 01/01/2025 al 31/12/2025 para efectos de disminuir la base de retención en la fuente.

El valor máximo a deducir mensualmente por este concepto será de 16 UVT (796,784 año 2025)

Los pagos por salud que dan derecho al descuento son de manera exclusiva, los efectuados por el trabajador en contratos de prestación de servicios a las empresas de Medicina Prepagada, de los cuales se beneficie el trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes.

Expedida en la ciudad de BOGOTA a los 3 dias del mes de Febrero de 2026

FIRMA AUTORIZADA



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

Julio 2026

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 06 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.	1013015880	MARÍA CATALINA CAMACHO PERILLA	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: JUAN CARLOS CAMACHO VEGA

C.C. 79791556

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

52673333

NUIP

1013015880

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 27	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código A 2 E
--	---	--	------------------------------------	--	--	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento año Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido CAMACHO	Segundo Apellido PERILLA
----------------------------	-----------------------------

Nombre(s)
MARIA CATALINA

Fecha de nacimiento
Año Mes Día

Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento año Inspección)
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo
11423187-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
PERILLA CASTRO DIANA MARGARITA

Documento de identificación (Clase y número)
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 52.332.694

Nacionalidad
COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
CAMACHO VEGA JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.791.556

Nacionalidad
COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
CAMACHO VEGA JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.791.556

Firma
Juan Camacho

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 Mes Día

Nombre y firma del funcionario que autoriza
MANUEL CASTRO BLANCO

Reconocimiento paterno
Juan Camacho

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
MANUEL CASTRO BLANCO

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

RECONOCIMIENTO DE HIJO EXTRA MATRIMONIAL FUE RECONOCIDO POR EL PADRE Y MRO DE VARIOS TOMO 184 FC. 23. E 23/08/2012.

PARA LA OFICINA DE REGISTRO

