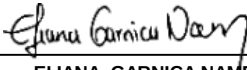


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		11
			Código Centro		921710
			Fecha Elaboración		Julio de 2026
			Versión		ENERO - 1,26
		ID de Proceso		59576-780795	
REGIONAL DISTRITO CAPITAL					
CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRÁFICA- BTÁ D.C.					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos:		ANA MARIA SASTRE CARDENAS		Banco a consignar: DAVIVIENDA	
Cédula de Ciudadanía		52.818.652		Tipo de cuenta: AHORROS	
Correo electrónico:		asastrec@sena.edu.co		Número de Cuenta: 007700660629	
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					
N° del contrato:		8973059/2026		N° Compromiso SIIF 3526	
				Número de pagos durante la vigencia del contrato 11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar Servicios Profesionales De Carácter Temporal, Para Atender Los Procesos Formativos De Los Aprendices En Las Competencias Técnicas Asociados A La Red De Conocimiento Institucional De Artes Gráficas En El Área Temática De Diseño Y Producción Gráfica De Los Programas Presencial De Acuerdo Con Lineamientos De La Formación Profesional Integral, Atendiendo			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del		01/07/2026		Al 31/07/2026	
Número de pago		7		Saldo Anterior del Contrato: \$ 22.739.986	
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Valor Total del Contrato: \$ 46.743.304	
				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 18.002.489	
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		\$ 2.777.847		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Julio		Junio	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		6023812576	
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 II		\$ 19.800		\$ 19.800	
		\$			
		\$			
		\$			
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%		\$ 37.927.505		\$ 926.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.692.000			
Retención en la Fuente Contingente		\$			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.777.847,00	
				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					
Realización y revisión del planteamiento de trabajo para el periodo correspondiente al primer trimestre de formación.					
Creación y apertura de los espacios para almacenar evidencias de formación					
Revisión y entrega de guías de aprendizaje que pautaran la formación de los aprendices durante el trimestre					
Apertura y organización de carpetas para la recolección de evidencias de la formación					
Revisión y entrega de guías de aprendizaje que pautaran la formación de los aprendices durante el trimestre					
Publicación de cursos ofrecidos por el centro de formación					
Se usan de manera adecuada los materiales, equipos y demás elementos de la institución.					
Se ceden voluntariamente todos los derechos patrimoniales de todo el material desarrollado durante el proceso académico y formativo en					
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 MARIA SASTRE CARDENAS 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.					
				ELIANA GARNICA NAMEN 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					
JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS					
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52818652
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANA MARIA SATRE CARDENAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 33 # 23 - 71 BL B-1 APTO 801	TELÉFONO: 3182563
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6023812576	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 439694516

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	\$ 303.200
SUBTOTAL:			1	\$ 303.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 236.900
SUBTOTAL:			1	\$ 236.900
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 11.400
SUBTOTAL:			1	\$ 11.400
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 9.900
SUBTOTAL:			1	\$ 9.900

VALOR SIN MORA:	\$ 561.400
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 561.400



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 29 de Enero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

TI	1014865939	Luciana Calvache Sastre	Hijo(a)
----	------------	-------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

ANA MARIA SASTRE CARDENAS
C.C. 52818652

NUIP		1014865939		REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO		Indicativo Serial		41698419											
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina																			
Registraduría		Notaría		Número		Consulado		Corregimiento		Inspección de Policía		Código		A 3 H					
Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía										COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.									
Datos del inscrito																			
Primer Apellido					Segundo Apellido														
CALVACHE					SASTRE														
Nombre(s)																			
LUCIANA																			
Fecha de nacimiento					Sexo (en letras)					Grupo Sanguíneo					Factor RH				
Año		2008		Mes		SEP		Día		29		FEMENINO		O		POSITIVO			
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)										COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.									
Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos										Número certificado de nacido vivo									
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO										51360486 - 3									
Datos de la madre																			
Apellidos y nombres completos																			
SASTRE CARDENAS ANA MARIA																			
Documento de identificación (Clase y número)										Nacionalidad									
C.C.No. 52.818.652										COLOMBIANA									
Datos del padre																			
Apellidos y nombres completos																			
CALVACHE GORDILLO WILLIAM FERNANDO																			
Documento de identificación (Clase y número)										Nacionalidad									
C.C.No. 11.257.965										COLOMBIANA									
Datos del declarante																			
Apellidos y nombres completos																			
CALVACHE GORDILLO WILLIAM FERNANDO																			
Documento de identificación (Clase y número)										Firma									
C.C.No. 11.257.965																			
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		SEP		Día		30		GABRIEL URIBE ROLDAN							
Reconocimiento paterno										Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento									
Firma										Nombre y firma									
ESPACIO PARA NOTAS																			

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.014.865.939**

CALVACHE SASTRE
APELLIDOS

LUCIANA
NOMBRES

Luciana calvache
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **29-SEP-2008**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

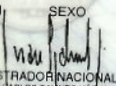
29-SEP-2026

FECHA DE VENCIMIENTO

22-MAR-2016 FUSAGASUGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **F**
G S RH SEXO


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALDINO VACHA

INDICE DERECHO



P-1509400-00811098-F-1014865939-20160407 0049226727A 1 1763847553