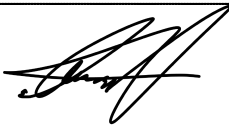
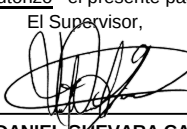


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) DIRECCIÓN GENERAL DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	1
			Código Centro	101001
			Fecha Elaboración	Julio de 2026
			Versión	ENERO - 1,26
			ID de Proceso	15258-382931
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: ELKIN DAVID MELO RODRIGUEZ		Banco a consignar: BANCO CAJA SOCIAL		
Cédula de Ciudadanía 1.018.422.164		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: emelor@sena.edu.co		Número de Cuenta: 24046051923		
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?				
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600				
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)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
N° del contrato: 8916243/2026		N° Compromiso SIIF 51026		Número de pagos durante la vigencia del contrato 12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		APOYOS ADM. Y GEST: 9-2026-002589-PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA APOYAR EL FORTALECIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DEL MODELO DE COSTOS DEL SENA, MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE SISTEMAS		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/07/2026 Al 31/07/2026		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 39.719.880
Número de pago 7		Valor Total del Contrato:		\$ 76.129.770
Valor Bruto Pago: \$ 6.619.980,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 33.099.900
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 6.619.980		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 \$ 6.619.980				\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.892.382		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 3.892.382,00 TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	9507082849	Base retención en la fuente a titulo de ICA 5.865.280,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.647.992	\$ 2.647.992	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 331.000	\$ 331.000	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 423.700	\$ 423.700	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		\$ 13.900	\$ 13.900	Reteica - 8299 - BOGOTÁ 56.659,00 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		\$ 661.998		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$41.375.460		\$ 1.297.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 7.103.000				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente \$				VALOR A PAGAR \$6.563.321,00
SON: SEIS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Se hizo una homologación de todo el CEN con el fin de identificar los instructores el cual es insumo del reporte de horas Sofia.				
Se está actualizando la estructuración de los dashboard de los componentes que tiene el grupo de costos, por lo cual se presentara una				
Informe de horas Sofia en Power BI, el cual les permite a las regionales, centros de formación e instructores, el cual se puede evider				
Se actualizó el reporte en formato Excel para todas las regionales y se envió por los canales institucionales el informe de horas Sofi				
Se dio respuesta a las regionales que solicito la información de horas Sofia a corte de junio de igual manera se atendieron las inquie				
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				
		ELKIN DAVID MELO RODRIGUEZ 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.		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;		El Supervisor,		
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.		VICTOR DANIEL GUEVARA CARDONA PROFESIONAL G03		
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 KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ DIRECTORA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018422164		MELO RODRIGUEZ ELKIN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 74B 81F 72	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3017150061	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	450036893		9507082849	I	2026/07/16	2026/07/06	BANCO CAJA SOCIAL	\$768,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 1018422164	MELO RODRIGUEZ ELKIN DAVID	230201	30	\$2,648,000	\$423,700	EPS005	30	\$2,648,000	\$331,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,648,000	\$13,900	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,648,000	\$423,700			\$2,648,000	\$331,000			\$0	\$0			\$2,648,000	\$13,900		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$423,700	\$0	\$0	\$423,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$423,700	\$0	\$0	\$423,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$13,900	\$0	\$0	\$13,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$13,900	\$0	\$0	\$13,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$331,000	\$0	\$0	\$331,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$331,000	\$0	\$0	\$331,000
TOTAL				1	\$768,600	\$0	\$0	\$768,600



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	1014749062	Maite Rodríguez Pico	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: Elkin David Melo Rodríguez

C.C. 1.018.422.164 de Bogotá



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

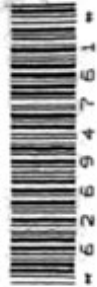
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

62694761

NUIP

1014749062



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 3 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/e Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARIA 40 BOGOTÁ DC

Datos del inscrito

Primer Apellido RODRIGUEZ Segundo Apellido PICO

Nombre(s) MAITE

Fecha de nacimiento Año 2 0 2 4 Mes F E B Día 1 4 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo B Factor RH POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos ESCRITURA PUBLICA Número certificado de nacido vivo

Datos de la 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 PICO ROJAS EUSELDY KATERINE

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1032400120 Nacionalidad COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos MELO RODRIGUEZ ELKIN DAVID

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1018422164 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante Apellidos y nombres completos MELO RODRIGUEZ ELKIN DAVID

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1018422164 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 Año 2 0 2 5 Mes E N E Día 2 5 Nombre y firma del funcionario que autoriza VICTORIA C. SAAVEDRA

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma Nombre y firma

SERIAL REEMPLAZA A: SERIAL, 0062265665; FECHA DE INSCRIPCIÓN, 21/02/2024. CAMBIO DE NOMBRE;; OTRO: EP - 2289 DEL 13/09/2024 OTORGADA EN LA NOTARIA 40 DE BOGOTÁ D.C. ACTO INSCRITO AL LV TOMO 156 FOLIO 0064, 25/01/2025

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



COMO NOTARIA CUARENTA (40) DE ESTE CIRCULO HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL QUE SE ENCUENTRA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA.
BOGOTÁ D.C. 25 ENE. 2025