



FORMATO PARA LIQUIDACION PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL GUAVIARE

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE

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

Código Regional	95
Código Centro	953310
Fecha Elaboración	Agosto de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	48923-296170

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DOLLY YORLEY ARIAS CORREDOR	Banco a consignar:	BANCO BBVA	
Cédula de Ciudadanía	33.366.422	Tipo de cuenta:	AHORROS	
Correo electrónico:	dyarias@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0846000200036119	
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:	9088438/2026	N° Compromiso SIIF	4426	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL, PARA ORIENTAR FPI PRESENCIAL POBLACIÓN VULNERABLE, VÍCTIMA Y DESPLAZADOS NIVELES COMPLEMENTARIA, RED CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMIN Y FINANCIERA QUE IMPARTE CDATTG. RDO.CPE NO. 95-9-2026-000233.			

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/08/2026	Al	31/08/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 24.722.275
Número de pago	8			Valor Total del Contrato:	\$ 58.600.949
Valor Bruto Pago:			\$ 5.493.839,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 19.228.436

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 5.493.839	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	\$ 5.493.839		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.229.555	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Agosto	Julio		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	93724737		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.197.536	\$ 2.197.536		
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 274.700	\$ 274.700		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 351.700	\$ 351.700		
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0		
ARL I		\$ 11.500	\$ 11.500		
		\$			
		\$			
		\$			
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		\$ 549.384			
Salud hasta		\$ 837.984	\$ -		
Renta Exenta 25%		\$41.375.460	\$ 1.077.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 6.541.000			
Retención en la Fuente Contingente		\$			

Base retención en la fuente a título de RENTA	3.229.555,00	TARIFA
Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
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 - SAN JOSE DEL GU	0,00	0,000%
	-	0,00
	-	0,00
	-	0,00
	-	0,00
	-	0,00
Pro-Univesidad de la Amazonia	27.469,00	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	\$5.466.370,00	

SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación Profesional Integral- Complementario Contabilidad; Presupuesto para el manejo de finanzas personales	Ficha: 3584291
Formación Profesional Integral- Complementario Contabilidad; Presupuesto para el manejo de finanzas personales	Ficha: POR APROBAR
Formación Profesional Integral- Complementario Contabilidad; Presupuesto para el manejo de finanzas personales	Ficha: POR APROBAR
Actividades de Alistamiento de la Formación Profesional Integral.	

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

DOLLY YORLEY ARIAS CORREDOR
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.

EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
COORDINADOR ACADÉMICO

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
EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	33366422	DOLLY YORLEY ARIAS CORREDOR		APT 101 TORRE E BELEN DE LA PAZ	3106286580	ariasdolly677@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			GUAVIARE	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93724737	10/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$638.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	274.800	0		0		0	0	0	0	274.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	351.700	0	0	0	0	0	0		351.700	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	11.500				11.500	0	0	11.500			115	11.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	274.800	274.800
Pensión	1	351.700	351.700
Riesgos Laborales	1	11.500	11.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	638.000	638.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	33366422	DOLLY YORLEY ARIAS CORREDOR		APT 101 TORRE E BELEN DE LA PAZ	3106286580	ariasdolly677@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			GUAVIARE	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE	
						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
		93724737	10/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$638.000	

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	Exonero	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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 33366422	ARIAS CORREDOR DOLLY YORLEY	59	0		N																	25-14	2.198.000	30	351.700	0	0	0	0	EPS037	2.198.000	30	274.800	14-23	2.198.000	30	1	11.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0



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

San José del Guaviare, 12 de agosto 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	1120588235	JUAN FELIPE ARIAS CORREDOR	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: DOLLY ARIAS CORREDOR

C.C. 33.366.422 de Tunja



REPUBLICA DE COLOMBIA ORGANIZACION ELECTORAL REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL		CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	
Número: N		5363568	
NUIP 1.120.588.235		Tipo de certificado Datos Esenciales ☐ Acreditar Parentesco ☒	
Datos del Inscrito			
Apellidos y Nombres completos ARIAS CORREDOR JUAN FELIPE			
Fecha de Nacimiento (Mes en letras)		Sexo (en letras)	
Año 2 0 2 2 Mes J U N Día 1 5		MASCULINO	
Tipo Sanguíneo A +			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE			
Fecha de Inscripción (Mes en letras)		Indicativo serial	
Año 2 0 2 2 Mes J U N Día 2 2		0061159037	
Datos de la Madre			
Apellidos y Nombres completos ARIAS CORREDOR DOLLY YORLEY			
Documento de Identificación (Clase y número)		Nacionalidad	
CEDULA DE CIUDADANIA 33.366.422		COLOMBIA	
Datos del Padre			
Apellidos y Nombres completos			
Documento de Identificación (Clase y número)		Nacionalidad	
Datos del Solicitante			
Apellidos y Nombres completos ARIAS CORREDOR DOLLY YORLEY			
Documento de Identificación (Clase y número)			
CEDULA DE CIUDADANIA 33.366.422			
Espacio para notas			
VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO			
Datos de la oficina de registro que expide el certificado			
País - Departamento - Municipio COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE		Código X 2 R	
Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)		Nombre y firma del funcionario	
Año 2 0 2 2 Mes J U N Día 2 2		LUZ ELENA DIAZ CAMPOS	
Adhesivo Copia Registro Civil 31674437-7		Registrador del Estado Civil	