

 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	95
	REGIONAL GUAVIARE		Código Centro	953310
	CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE		Fecha Elaboración	Agosto de 2026
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 1,26
		ID de Proceso	34630-595144	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: EDITH YUDY ROBLEDO ROBLEDO		Banco a consignar: BANCO BBVA		
Cédula de Ciudadanía 35.896.181		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: edithyudy@yahoo.es		Número de Cuenta: 0846001417		
IP/Nº de contacto: 0		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				
Nº del contrato: 9201479/2026		Nº Compromiso SIIF 13226		Número de pagos durante la vigencia del contrato 9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL, PARA ORIENTAR DE FPI MODALIDAD PRESENCIAL PROG ARTICULACIÓN CON LA MEDIA, RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMIN Y FINANCIERA QUE IMPARTE EL CDATTG, EN INST EDU. DTO GUAVIARE. RDO.CPE NO. 95-9-2026-000407		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/08/2026 Al 31/08/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 16.481.517		
Número de pago 7		Valor Total del Contrato: \$ 49.444.551		
Valor Bruto Pago: \$ 5.493.839,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 10.987.678		
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	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 3.229.555,00
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	6028039581	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.197.536	\$ 2.197.536	Base retención en la fuente a titulo de ICA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 274.700	\$ 274.700	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 351.700	\$ 351.700	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		\$ 11.500	\$ 11.500	Menos Retencion IVA 0,00 15%
		\$		Reteica - 8299 0,00 0,000%
		\$		0,00 0,000%
		\$		0,00 0,000%
		\$		0,00 0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		0,00 0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Pro-Univesidad de la Amazonia 27.469,00 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		\$ 549.384		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 31.031.595	\$ 1.077.000	0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 6.462.000		
Retención en la Fuente Contingente		\$		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				
formulación, convalidación ajustes al proyecto formativo del programa del Técnico en Contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras				
Impartir formación a las fichas asignadas. Diseñar estrategias pedagógicas				
Reuniones en articulaciones con diferentes técnicos para fortalecer las fichas por competencias en pro de mejor los proceso de la Formación Profesional Integral FPI				
Alistamiento de la formación: Planeación de la Formación Profesional Integral FPI				
Trabajo en plataforma institucional				
Comunicación por medios electrónicos				
Evaluar resultados de aprendizaje en plataforma Sofia Plus				
Publicaciones replicadas por medios y redes sociales				
Evaluaciones y seguimiento de las etapas productivas de los aprendices de las fichas a cargo.				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				
1. Cumpli 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		 EDITH YUDY ROBLEDO ROBLEDO 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 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.		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)				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35896181	NÚMERO PLANILLA:	6028039581	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		EDITH YUDY ROBLEDO ROBLEDO		PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2026
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO	DÍAS DE MORA:	0		2026
DIRECCIÓN:	CALLE 19B 29-23	TELÉFONO:	6716403	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/08/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	540729271
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN																	
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE					EMPLEADOR	COTIZANTE		SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO		
230301	230301-PORVENIR			1	\$ 351.700	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 351.700	\$ 0	\$ 351.700		
SUBTOTALES:												\$ 351.700	\$ 0	\$ 351.700			

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 274.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 274.700	\$ 0	\$ 0	\$ 274.700	
SUBTOTALES:													\$ 274.700	\$ 0	\$ 0	\$ 274.700	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 11.500	\$ 11.500	\$ 0	\$ 0	\$ 11.500	
SUBTOTALES:									\$ 11.500	\$ 0	\$ 0	\$ 11.500	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE										SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES																												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD					ARP			DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU												
										ING	RET	TDE	TAP	TDP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL			TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC
1	CC 35896181	ROBLEDO ROBLEDO EDITH YUDY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 2.197.536				NO															230301-PORVENIR	30	2.197.536	\$ 351.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 351.700	EPS037-NUEVA EPS	30	2.197.536	\$ 274.700	\$ 0	\$ 274.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	2.197.536	\$ 35896181	\$ 11.500	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 637.900



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, 17 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:

T.I.	1029800421	JHONIER JAIR CORDOBA ROBLEDO	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,

Nombre: EDITH YUDY ROBLEDO ROBLEDO
C.C. 35.896.181 DE Quibdó - Chocó



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

NUIP 1.029.800.421

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo 54641332
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL G-H SAN JOSE DEL GUAVIARE - COLOMBIA -

Datos del inscrito

Primer Apellido CORDOBA Segundo Apellido ROBLEDO
Nombre(s) JHONIER JAIR

Fecha de nacimiento Año 2014 Mes SEP Día 22 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO 12631628-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROBLEDO ROBLEDO EDITH YUDY

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 35.896.181 COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CORDOBA HINESTROZA LISANDRO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 11.812.003 COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CORDOBA HINESTROZA LISANDRO

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 11.812.003

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 / firma del funcionario que autoriza

Año 2014 Mes SEP Día 23 LUZ ELENA DIAZ CAMPOS - REGISTRAD

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS



Adhesivo Copia
Registro Civil

28665622-5

PR-SAS HT, 001106-001 100238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -