



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 DISTRITO CAPITAL
DESPACHO REGIONAL-APORTES

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

Código Regional	11
Código Centro	101000
Fecha Elaboración	Agosto de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	29492-663879

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JUAN ELISEO SANCHEZ AMAYA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	74.329.705	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	jusancheza@sena.edu.co	Número de Cuenta:	20415828326
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	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	SI
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:	9141071/2026	Nº Compromiso SIIF	20226	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios profesionales a regionales grandes para apoyar el desarrollo de los procesos de relacionamiento y atención al sector empresarial, el cual incluye la presentación detallada del portafolio de			

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/08/2026	Al	31/08/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 27.690.610
Número de pago	8			Valor Total del Contrato:	\$ 63.688.397
Valor Bruto Pago:			\$ 5.538.122,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 22.152.488

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 5.538.122	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	\$ 5.538.122		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.256.210	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

		Agosto	Julio			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	93527408	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.256.210,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.215.249	\$ 2.215.249	Base retención en la fuente a título de ICA	4.906.622,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 277.000	\$ 277.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 354.500	\$ 354.500	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		\$ 11.600	\$ 11.600	Menos Retención IVA	0,00	15%
		\$		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	47.398,00	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	0,000%
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		\$ 553.812		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$41.375.460	\$ 1.085.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 7.006.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR	\$5.490.724,00	

SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA MIL SETECIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar apoyo profesional en la planeación y ejecución de las iniciativas destinadas a promover los servicios y portafolio del SENA.
Contribuir al fortalecimiento de los canales de comunicación entre la Entidad y los diversos sectores productivos y económicos.
Prestar apoyo en las actividades de sensibilización dirigidas a las regionales, centros de formación, entidades de formación aliadas.
Registrar de manera precisa, oportuna y completa la totalidad de las actividades diarias, interacciones y gestiones realizadas.
Participar activamente en la gestión de los requerimientos empresariales, garantizando su adecuada clasificación.
Colaborar en la elaboración, consolidación y presentación de informes, estadísticas de resultados y análisis de gestión.
Proponer recomendaciones objetivas y documentadas para la mejora continua de los procedimientos internos y la gestión operativa UAIE.

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

JUAN ELISEO SANCHEZ AMAYA
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.

WOLFGANG ALBERTO LATORRE MARTINEZ
PROFESIONAL G10

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
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
DIRECTOR (E) REGIONAL DISTRITO CAPITAL

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	74329705	JUAN ELISEO SANCHEZ AMAYA		Carrera 87B#6D-10 Torre 7 Apt 449	3224272829	sanchezamaya@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93527408	16/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$643.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	277.000	0		0		0	0	0	0	277.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	354.500	0	0	0	0	0	0		354.500	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	11.600				11.600	0	0	11.600			116	11.600	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	277.000	277.000
Pensión	1	354.500	354.500
Riesgos Laborales	1	11.600	11.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	643.100	643.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	74329705	JUAN ELISEO SANCHEZ AMAYA		Carrera 87B#6D-10 Torre 7 Apt 449	3224272829	sanchezamaya@gmail.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
		93527408	16/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$643.100	

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	ING	RET	TDE	TAF	TAP	VST	VPT	SAN	AGE	LVA	ANF	ANP	RET	IBL	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 74329705	SANCHEZ AMAYA JUAN ELISEO	59	0			N																230201	2.215.249	30	354.500	0	0	0	0	EPS005	2.215.249	30	277.000	14-23	2.215.249	30	1	11.600	0	0	0	0	0	0	0	0	0



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 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	1233517581	JULIAN MATTHIAS SANCHEZ RODRIGUEZ	HIJO
NUIP - NIP	1233520960	ALIZEE HELENA SANCHEZ RODRIGUEZ	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 Eliseo Sánchez Amaya
C.C. 74329705



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60351619

NUIP

1.233.517.581

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código E T E

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

REGISTRADURÍA DE AUXILIAR KENNEDY SEDE 2 - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

SANCHEZ

RODRIGUEZ

Nombre(s)

JULIAN MATTHIAS

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2019

Mes

SEP

Día

29

MASCULINO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

15560949-6

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

RODRIGUEZ CHALA OLGA ALEXANDRA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.030.605.793

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

SANCHEZ AMAYA JUAN ELISEO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 74.329.705

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ AMAYA JUAN ELISEO

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 74.329.705

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

2019

Mes

OCT

Día

03

FERNANDO FERNANDEZ GUTIERREZ -- RE

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

03.OCT.2019 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 34 FOLIO 03

OPIXPRES HT 000 100 000 1 100238573



ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970; TIENE VIGENCIA PERMANENTE ART. 2 DECRETO 2189 DE 1983; SE OMITE SELLO SEGUN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995.

MARTHA LUCIA CASTILLO HERNANDEZ

REGISTRADORA AUXILIAR (EE) KENNEDY AMÉRICAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 61472266
Serial

NUIP 1.233.520.960

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaria ☐	Número	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	E	T	P
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

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

REGISTRADURIA DE AUXILIAR KENNEDY SEDE 2 - COLOMBIA CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido		
SANCHEZ	RODRIGUEZ		
Nombre(s)			
ALIZEE HELENA			
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes FEB Día 12	FEMENINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	170730754

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

RODRIGUEZ CHALA OLGA ALEXANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.030.605.793	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

SANCHEZ AMAYA JUAN ELISEO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 74.329.705	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ AMAYA JUAN ELISEO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 74.329.705	

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 2022 Mes FEB Día 17	JENNY MARCELA OTALORA GOMEZ REG

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

ESPACIO PARA NOTAS

17 FEB. 2022 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 43 FOLIO 0112

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970; TIENE VIGENCIA PERMANENTE ART. 2 DECRETO 2189 DE 1983; SE OMITE SELLO SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995.
FECHA 14 SET. 2022	
Adhesivo Copia Registro Civil	MARTHA LUCIA CASTILLO-HERNANDEZ
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 32303177-5	REGISTRADORA AUXILIAR (EE) KENNEDY AMÉRICAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 61472266 *