

 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) REGIONAL DISTRITO CAPITAL DESPACHO DIRECCION 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		34300-476399	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		DIANA MARYUDY RODRIGUEZ GARCIA		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		52.825.997		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		diamaroga@gmail.com		Número de Cuenta:		91264231812
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?						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:		9245185/2026		N° Compromiso SIIF		26026
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios personales para apoyar la gestión que se adelanta en la atención de la población Víctima – Vulnerable, así como, brindar apoyo logístico y participar en las diferentes jornadas de servicio,				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/08/2026		Al		31/08/2026
Número de pago		7		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 14.340.000
Valor Bruto Pago:		\$ 2.868.000,00		Valor Total del Contrato:		\$ 31.548.000
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 11.472.000
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 2.868.000		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		\$ 2.868.000				\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.554.900		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
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		9509009899		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.750.905		\$ 1.750.905		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 218.900		\$ 218.900		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 280.200		\$ 280.200		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA
ARL I		\$ 9.200		\$ 9.200		Reteica - 8299 - BOGOTÁ
		\$ -				
		\$ -				
		\$ -				
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Otras Retenciones
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones
Dependientes hasta		\$ 286.800				Otras Retenciones
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones
Renta Exenta 25%		\$ 37.927.505		\$ 518.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 3.108.000				
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)
						VALOR A PAGAR
						\$2.845.116,00
SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTO DIECISEIS PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Brinde atención y orientación laboral a oferentes víctimas del conflicto armado, caracterizando y orientando en el aplicativo.						
Actualice y diligencie drive de solicitudes publicadas para población con discapacidad.						
Se realizó apoyo en la gestión de Mailyng vía correo electrónico invitando a oferentes a la feria 12 DE AGOSTO						
Realice atención presencial a oferentes víctimas del conflicto en el centro de encuentro para Paz y la Integración Local de Víctimas.						
Se presentó plan de trabajo anual, pero se actualiza mes a mes con la gestión realizada						
Brinde atención y orientación en elaboración de hoja de vida y búsqueda de empleo a oferente con discapacidad.						
Se generó respuesta mediante correo electrónico a usuarios buscadores de empleo, en cuanto a estrategias de empleabilidad						
Se dio respuesta a comunicaciones enviadas por los empresarios mediante Correo electrónico.						
Socialice servicios Ape a población víctima del conflicto armado en el Centro de Encuentro para Paz y la Integración Local de Víctimas						
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						
DIANA MARYUDY RODRIGUEZ GARCIA 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 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.						
Autorizo el presente pago. El Supervisor,						
JORGE ALEXANDER CAÑON CASTAÑO 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 GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS DIRECTOR (E) REGIONAL DISTRITO CAPITAL						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52825997		RODRIGUEZ GARCIA DIANA MARYUDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cara 37# 1A18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4596294	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	560168973	9509009899	I	2026/08/26	2026/08/12	BANCOLOMBIA	0	\$508,30

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES										
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sin	lge	lma	vac	avp	vct	trl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200	\$0	\$0			\$508,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200	\$0	\$0			\$508,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200	\$0	\$0			\$508,300
1	CC	52825997	RODRIGUEZ DIANA																			230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,750,905	0.522%	\$9,200	0	\$0	\$0	No	\$508,300
Total Afiliados(1)																									\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$9,200	\$0	\$0			\$508,300

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$508,300	\$0	\$0	\$508,300



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 13 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.	1013145651	ANDREW SAMUEL SILVA 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: Diana Maryudy Rodríguez García

C.C. 52825997

REPUBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.013.145.651

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 56153270
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	59	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A 2 H
---------------	--------------------------	---------	-------------------------------------	--------	----	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------	-------

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

NOTARIA 53 DE BOGOTA D.C. - COLOMBIA - CUNDINAMARCA BOGOTA D.C...

Datos del inscrito

Primer Apellido	SILVA	Segundo Apellido	RODRIGUEZ								
Nombre(s)											
ANDREW SAMUEL											
Fecha de nacimiento											
Año	2014	Mes	JUL	Día	05	Sexo (en letras)	MASCULINO	Grupo sanguíneo	O	Factor RH	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)											
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.											

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

12791135-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
RODRIGUEZ GARCIA DIANA MARYUDY	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.825.997	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
SILVA MARTINEZ YENSON FRANCISCO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79.812.822	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
SILVA MARTINEZ YENSON FRANCISCO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 79.812.822	

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 2014 Mes JUL Día 14

Nombre y firma del funcionario que autoriza

EDUARDO VERGARA WIESNER - NOTARIO

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

EDUARDO VERGARA WIESNER

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

14.JUL.2014 - LIBRO DE VARIOS - 252 FOL 258 ACEPTO RECONOCIMIENTO DIANA MARYUDY RODRIGUEZ GARCIA.

EMENDADO: NOTARIA 53 DE BOGOTA D.C., COLOMBIA, CUNDINAMARCA BOGOTA D.C. (VALE)