

 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 CUNDINAMARCA CENTRO DE BIOTECNOLOGÍA AGROPECUARIA-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		25				
			Código Centro		951210				
			Fecha Elaboración		Agosto de 2026				
			Versión		ENERO - 1,26				
			ID de Proceso		87221-448790				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		DIANA MILENA DUARTE PEDRAZA		Banco a consignar:		BANCO BBVA			
Cédula de Ciudadanía		1.070.967.881		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		duartedianam1@gmail.com		Número de Cuenta:		0382785749			
IP/Nº 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						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:		8869617/2026	Nº Compromiso SIIF		4926	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: 25-9-2026-000809 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, AUTÓNOMA COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE ORIENTACIÓN Y EJECUCIÓN DE FORMACIÓN TITULADA PRESENCIAL EN PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/08/2026	Al		31/08/2026	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 19.423.737	
Número de pago		7				Valor Total del Contrato:		\$ 46.901.220	
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 14.686.240	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 4.737.497		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas		0,00%			
Ingresos por comisiones		\$ 190.633		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.928.130				\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.692.617		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		2.692.617,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		93661869		Base retención en la fuente a titulo de ICA		4.388.030,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999		\$ 1.894.999		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900		\$ 236.900		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200		\$ 303.200		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL II		\$ 19.800		\$ 19.800		Reteica - 8299 - MOSQUERA		30.716,00	0,700%
		\$ -						0,00	0%
		\$ -						0,00	0%
		\$ -						0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 285.800						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		\$ 492.813				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 34.479.550		\$ 897.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.978.000				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				VALOR A PAGAR		\$4.706.781,00	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS SEIS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
3415639- IED TECNICO EMPRESARIAL CARTAGENA- VENTAS EN LINEA-LUNES 13:00 - 18:100									
3434822 - LICEO CREATIVO LIBERTAD - MARTES 7:00 -9:00									
3166389- IED SERREZUELA - EMPRENDIMIENTO Y FOMENTO 13:00 - 18:00									
3411710 - COLEGIO EUCARISTICO CAMPESTRE - RECURSOS HUMANOS - MARTES 12 00 - 14:00									
3411719- COLEGIO EUCARISTICO CAMPESTRE - RECURSOS HUMANOS - MARTES 15:00 -17:00									
3416407 - IED JUAN LUIS LONDOÑO - EMPRENDIMIENTO Y FOMENTO - JUEVES 13:00 - 18:00									
3415162 -IED CARRASQUILLA - OPRACIONES TURISTICA LOCAL - VIERNES 13:00 - 18:00									
3413167- IED MARIA TERESA ORTIZ - RECURSOS HUMANOS - SABADO 7:00 - 17:00									
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 MILENA DUARTE PEDRAZA 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 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.									
						NELSON GUSTAVO GARCIA BUITRAGO INSTRUCTOR G11			
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 NELSON OCTAVIO GOMEZ BOTERO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02									

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93661869	03/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$559.900	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	19.800				19.800	0	0	19.800			198	19.800	1

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				

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93661869	03/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$559.900	

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludpa	Seguro	Cotiz. anterior	Envejecido	ING	VT	TAE	TAE	TAP	VST	SLN	ICE	LAC	VAC	AVP	VCT	IRL	CONCORDIA	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 Riego	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1070957881	DUARTE PEDRAZA DIANA MILENA	59	0	N																	230301	1.895.000	30	303.200	0	0	0	0	EPS002	1.895.000	30	236.900	14-11	1.895.000	30	2	19.800		0	0	0	0	0	0	0	0	0

[illegible]



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Mosquera Cundinamarca, 15 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.	1.069.649.715	JULIANA RODRIGUEZ DUARTE	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 Milena Duarte

C.C. 1.070.967.881 Facatativá

REPUBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1069649715

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55137515

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 01 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 2820

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - FACATATIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido RODRIGUEZ Segundo Apellido DUARTE
Nombre(s) JULIANA
Fecha de nacimiento Año 2016 Mes SEP Día 25 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH NEGATIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA - CUNDINAMARCA - FACATATIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 13710077-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos DUARTE PEDRAZA DIANA MILENA
Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 1070967881 de FACATATIVA Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos RODRIGUEZ VERGARA CAUPOLICAN
Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 2969637 de BOJACA Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos RODRIGUEZ VERGARA CAUPOLICAN
Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 2969637 de BOJACA Firma [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 2018 Mes SEP Día 28
Firma y nombre del funcionario que autoriza [Firma] FREDY RAMIREZ BERRANO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO