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 SANTANDER

CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**912210**
Fecha Elaboración	**14 de Agosto de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**79669-847665**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LEIDY DIANA DIAZ PATIÑO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	63.547.550	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	leidydianadiaz@gmail.com	**Número de Cuenta:**	29174198282
IP/Nº 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

Nº del contrato:	8931790/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**1026**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST: SERVICIOS PERSONALES COMO APOYO ADMINISTRATIVO A LA EJECUCION DEL PLAN DE ACCION DE LOS LABORATORIOS DEL CENTRO DE FORMACION PL 11 MESES VR MES $4.500.000

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2026**	**Al**	**31/08/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 22.050.000
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.500.000
Valor Bruto Pago:			**$ 4.500.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 17.550.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.500.000	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	**$ 4.500.000**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.638.200**	**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	2.638.200,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**6025541359**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.500.000,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.800.000	$ 1.800.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 225.000	$ 225.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 288.000	$ 288.000	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	$ 18.800	$ 18.800	Reteica - 8211 - PIEDECUESTA	22.500,00	0,500%
		$		-	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		$ -		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		$ 450.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 41.375.460	$ 880.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.280.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.477.500,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actualización de control de servicios de laboratorio Reporte de información de servicios tecnológicos remitido a Dirección General

Apoyo en la alimentación de plan de acción del centro de formación.

Reporte de información de servicios tecnológicos remitido a Dirección General

Apoyo en el desarrollo de estudios previo para las necesidades del laboratorio de calidad de cacao los cuales aportan al desarrollo de

Se brinda atención y orientación a clientes externos de los servicios del laboratorio. Se realiza alimentación y actualización matriz

se realiza Apoyo en la alimentación de plan de intervención tecnológica de equipos del centro de formación.

Apoyo en la elaboración de estudio de mercado en el formato designado para tal fin Socialización de los servicios de investigación a l

los aprendices del centro de formación. Socialización y divulgación proceso Gestión de la Competitividad y Desarrollo

Actualización de la evaluación Autodiagnóstico del laboratorio.

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

LEIDY DIANA DIAZ PATIÑO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

YESENIA LIZETH DUARTE MEZA
PROFESIONAL G04

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
CAMILO ERNESTO DURAN CASTILLA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

12/08/26 15:00:08 USUARIO: SIC - C.C. 63547550

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	63547550
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEIDY DIANA DIAZ PATINO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CLL 68 N° 8 -02	TELÉFONO:	6092503
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**6025541359**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/07/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		526512310

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 288.000	$ 0	$ 288.000
SUBTOTALES:										**$ 288.000**	**$ 0**	**$ 288.000**

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
EPS046	EPS046-SALUD MIA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 225.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225.000	$ 0	$ 0	$ 225.000
SUBTOTALES:													**$ 225.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 225.000**

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	$ 18.800	$ 18.800	$ 0	$ 0	$ 18.800
SUBTOTALES:									**$ 18.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES									
																										PENSIÓN								SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 63547550	DIAZ PATIÑO LEIDY DIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.800.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.800.000	$ 288.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 288.000	EPS046-SALUD MIA EPS	30	$ 1.800.000	$ 225.000	$ 0	$ 225.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 1.800.000	63547550	$ 18.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 531.800

Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Piedecuesta, 14 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	**1097153004**	**SARA LUCÍA ACUÑA DÍAZ**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1097161221**	**SAMUEL DAVID ACUÑA DÍAZ**	**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,



Leidy Diana Díaz Patiño
C.C. 63.547.550 de Bucaramanga

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1097153004

Indicativo Serial 62468493

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 5 E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ACUÑA	DIAZ **********

Nombre(s)

SARA LUCIA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes MAR Día 13	Femenino	A	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	23036010376584

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

DIAZ PATIÑO LEIDY DIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO.63.547.550	COLOMBIANA

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

ACUÑA MALDONADO JHON JAIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO. 1.098.603.445	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ACUÑA MALDONADO JHON JAIRO

Documento de Identificación (Clase y número) — Firma

CC NRO. 1.098.603.445

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número)

****

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 2023 Mes MAR Día 14	HECTOR ELIAS ARIZA VELASCO Nombre y firma

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

17 MAR 2023

ESPACIO PARA NOTAS

JSS

REPUBLICA DE COLOMBIA
Notaría Séptima
Bucaramanga
DPTO. DE SANTANDER

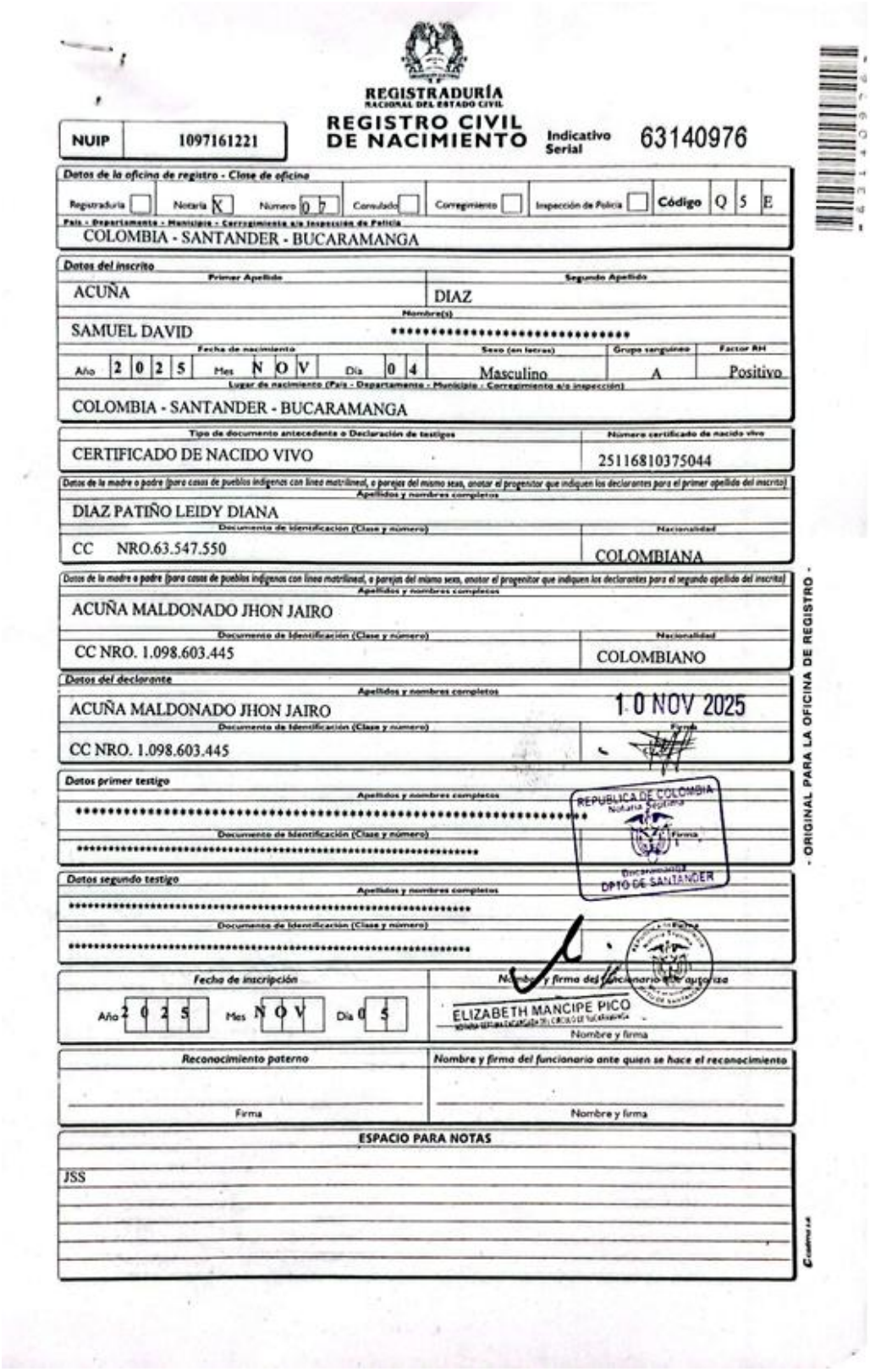
ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

La suscrita **ELIZABETH MANCIPE PICO**
Notaria Séptima Encargada del Círculo de Bucaramanga
En virtud al Decreto 1260 de 1970
Certifica:

Que la presente fotocopia de registro civil de NACIMIENTO [X] MATRIMONIO [ ] DEFUNCION [ ] fue tomada del original que reposa en los archivos de esta Notaría y fue solicitada personalmente por Juan Acuña identificado(a) con CC [X] PS [ ] CE [ ] TI. [ ] numero 1098603415 y cuyo parentesco con el inscrito es Padre

Bucaramanga, 17 MAR 2023

ELIZABETH MANCIPE PICO
NOTARIA SEPTIMA (E) DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1097161221

Indicativo Serial 63140976

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 07 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código Q 5 E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ACUÑA	DIAZ

Nombre(s)

SAMUEL DAVID **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes NOV Día 04	Masculino	A	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	25116810375044

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

DIAZ PATIÑO LEIDY DIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO.63.547.550	COLOMBIANA

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

ACUÑA MALDONADO JHON JAIRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO. 1.098.603.445	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ACUÑA MALDONADO JHON JAIRO 10 NOV 2025

Documento de Identificación (Clase y número) — Firma

CC NRO. 1.098.603.445

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de Identificación (Clase y número) — Firma

****

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaría Segunda Bucaramanga DPTO DE SANTANDER

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 2025 Mes NOV Día 05	ELIZABETH MANCIPE PICO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

JSS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
Notaría Séptima
Bucaramanga
DPTO DE SANTANDER

La suscrita **BLANCA LUCIA RAMIREZ DUEÑAS**
Notaria Séptima Encargada del Círculo de Bucaramanga
En virtud al Decreto 1260 de 1970
Certifica:
Que la presente fotocopia de registro civil de NACIMIENTO [X] MATRIMONIO [ ] DEFUNCION [ ]
fue tomada del original que reposa en los archivos de esta Notaría y fue solicitada personalmente por Jhon Jairo Acuña M.
identificado(a) con CC [X] PS [ ] CE [ ] TI. [ ]
numero 1.098.803.445 y cuyo parentesco con el inscrito es Padre
Bucaramanga, 10 NOV 2025

BLANCA LUCIA RAMIREZ DUEÑAS
NOTARIA SÉPTIMA (E) DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA