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

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**39180-680800**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DANIELA PAOLA CORTEZ CATAÑO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.030.664.496	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dpcortez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	17433858395
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**	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:	9690549/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**65126**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2026 Al 31/08/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 21.318.737
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 22.897.902
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 16.581.240

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	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.785.747**	**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	2.785.747,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1083622297**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.750.905	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 218.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 280.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL	I	$ 9.900	$ 9.200	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	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		$ -		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		$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 20.687.730	$ 928.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 228.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.696.950,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atender la planeación, ejecución y finalización de los cursos complementario asignados

Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.

Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos desde la plataforma ZAJUNA.

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

Daniela Cortez

DANIELA PAOLA CORTEZ CATAÑO
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,

Digitally signed by DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Date: 2026.08.21 07:10:51 -05'00'

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
INSTRUCTOR G20

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
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-08-14, 03:15:04 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2026
Empresa	DANIELA PAOLA CORTEZ CATANO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1030664496
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1083622297
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	566635047
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 543.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 280.200	$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	$ 218.900	$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	$ 9.200	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 35.100	$ 0

SubTotales:	$ 543.400	$ 0
Total a Pagar:		$ 543.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, JULIO 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

RC	**1012925715**	**DANNA SALOME CAMELON CORTEZ**	**Hija**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

Daniela Cortez

DANIELA PAOLA CORTEZ CATAÑO
C.C. 1030664496

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1012925715

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60680115

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [03] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1003

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

NOTARIA 3 DE BOGOTA - COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CAMELON	CORTEZ

Nombre(s)

DANNA SALOME

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes OCT Día 12	FEMENINO	O	NEGATIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ, D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	15565053-2

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

CORTEZ CATAÑO DANIELA PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1030664496	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

CAMELON VELASQUEZ JEISSON CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1057164145	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAMELON VELASQUEZ JEISSON CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1057164145	Jeisson Camelon

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 19	MARIA YORLY BERNAL (E) Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jeisson Camelon V. Firma	MARIA YORLY BERNAL (E) Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO:144 FOLIO:82. ACEPTO RECONOCIMIENTO DANIELA PAOLA CORTEZ CATAÑO

Daniela Cortez.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA 3 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

Scanned with CamScanner

Cendiatra

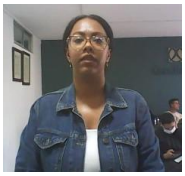
CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 2 **DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6014146397 - 6014146387 **EMAIL:**citas.occidente2@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-08

Nombres y apellidos:DANIELA PAOLA CORTEZ CATAÑO
Fecha de nacimiento:20/03/1996
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTORA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:1030664496
Edad:29 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-01-08 / 09:58:23
Fecha salida:2026-01-08 / 01:01:37
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:SALUD TOTAL S.A. E.P.S.



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- VISIOMETRIA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PSICOSOCIAL

CONCEPTO DE APTITUD: APTO CON PATOLOGÍAS QUE NO IMPIDEN SU DESEMPEÑO
:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:
RIESGO BIOMECÁNICO:
CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTINUAR CONTROL CON MEDICOS TRATANTES
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA Y ACTIVIDAD FISICA
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ACTUALIZAR LA CORRECCION OPTICA Y CONTINUAR CON EL USO PERMANENTE DE LA MISMA. CONTROL ANUAL.

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dra. Juliet Pichón Rodríguez
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Reg. 14380 U. El Bosque

JULIET ROCIO PICHON RODRIGUEZ
CC: 1018421820
RM: 1018421820
LIC-SST: 14380
Firma y sello del médico

Daniela Cortez

DANIELA PAOLA CORTEZ CATAÑO
CC: 1030664496
Firma del paciente

Cendiatra

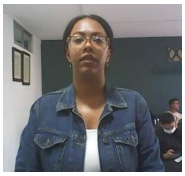
RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 2 **DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6014146397 - 6014146387 **EMAIL:**citas.occidente2@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-08

Nombres y apellidos:DANIELA PAOLA CORTEZ CATAÑO
Fecha de nacimiento:20/03/1996
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTORA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:1030664496
Edad:29 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2026-01-08 / 09:58:23
Fecha salida:2026-01-08 / 01:01:37
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:SALUD TOTAL S.A. E.P.S.



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTINUAR CONTROL CON MEDICOS TRATANTES
2. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA Y ACTIVIDAD FISICA
3. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: ACTUALIZAR LA CORRECCION OPTICA Y CONTINUAR CON EL USO PERMANENTE DE LA MISMA. CONTROL ANUAL.

Dra. Juliet Pichón Rodríguez
Médico Especialista
Salud Ocupacional
Reg. 14380 U. El Bosque

JULIET ROCIO PICHON
RODRIGUEZ
CC: 1018421820
RM: 1018421820
LIC-SST: 14380
Firma y sello del médico

Daniela Cortez

DANIELA PAOLA CORTEZ
CATAÑO
CC: 1030664496
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.