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 MECÁNICA AUTOMOTRIZ Y TRANSPORTE- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921310**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**95221-578478**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	XIOMARA ANDREA HERNANDEZ SIERRA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.780.390	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	xahs@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	005170191182
IP/Nº de contacto:	0	**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**	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:	8967748/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**2026**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR SERVICIOS PARA IMPARTIR FORMACION INTEGRAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2026**	**Al**	**30/09/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 16.107.490
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.112.052
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 11.369.993

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**94605469**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.457.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
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

Impartir formación virtual y presencial de manera integral , curso virtual 3596114, 3596115

Realizar seguimiento a aprendices de los programas de control movilidad y seguridad vial y integración de operaciones logísticas

Fichas: 3234875 y 3234898

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

Xiomara Andrea Hernandez Sierra

XIOMARA ANDREA HERNANDEZ SIERRA
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,

MANUEL ANTONIO MONTENEGRO MIER
INSTRUCTOR

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
MAYRA ALEJANDRA APONTE DAZA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

17/09/26 08:36:22 USUARIO: SIC - C.C. 52780390

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52780390	XIOMARA ANDREA HERNANDEZ SIERRA	CLL 64A N 81A-54	4360933	xiomarahernandezsierra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94605469	26/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,894,999	$587.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	303.200	0	0	0	0	0	0		303.200	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	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.900	0	0	37.900	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				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	236.900	236.900
Pensión	1	303.200	303.200
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	1	37.900	37.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	587.900	587.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52780390	XIOMARA ANDREA HERNANDEZ SIERRA	CLL 64A N 81A-54	4360933	xiomarahernandezsierra@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94605469	26/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$1,894,999	$587.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 52780390	HERNANDEZ SIERRA XIOMARA ANDREA	59	0			N																	25-14	1.894.999	30	303.200	0	0	0	0	EPS008	1.894.999	30	236.900	14-23	1.894.999	30	1	9.900	CCF24	1.894.999	30	37.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá D.C , 14 /09/2026

Señores
Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano (para las Regionales)
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes.

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 387 del Estatuto Tributario, Artículo 15 de la Ley 1607 del 2012 y el Artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente** 1. **Hijos menores 18 años.** 2. **Hijos estudiantes entre 18 y 23 años.** 3. **Hijos mayores a 18 años con dependencia por factores físicos o psicológicos.** 4. **Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.** 5. **Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.**

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud y que ninguna persona ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas relacionadas.

Cordialmente,

Xiomara Andrea Hernández Sierra
CC 52780390

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento ____
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

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

NUIP 1150188155

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55456322

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 7 6 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D W C

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido: PULIDO

Segundo Apellido: HERNANDEZ

Nombre(s): JOSE GABRIEL

Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 5 Mes D I C Día 1 [illegible]

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo / Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 13140[illegible]3-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ SIERRA XIOMARA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 52.780.390

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PULIDO MONSALVE JOSE SANTIAGO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 80.850.045

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PULIDO MONSALVE JOSE SANTIAGO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 80.850.045

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 2 0 1 5 Mes D I C Día 2 8

Nombre y firma del funcionario que autoriza: WILLY VALEK MORA NOTARIO 76 DE BTA

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: WILLY VALEK MORA NOTARIO 76 DE BTA

ESPACIO PARA NOTAS

L. V. 16 F [illegible]

VALIDO PARA PARENTESCO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.150.188.155
PULIDO HERNANDEZ

APELLIDOS

JOSE GABRIEL

NOMBRES

Jose Pulidoth

FIRMA

Powered by CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-2015
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

19-DIC-2033
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

M
SEXO

24-ENE-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01341637-M-1150188155-20230208 00969 89370A 1 8507034064

Powered by CamScanner



NUIP 1150156749

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41113355

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Notaría ☐ Oficina X Número 76 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D W C

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido: PULIDO

Segundo Apellido: HERNANDEZ

Nombre(s): JUAN FRANCISCO

Fecha de nacimiento: Año 2007 Mes AGO Día 27

Sexo de nacimiento: MASCULINO

Tipo de documento: "CV"

Grupo sanguíneo: POSITIVO

Lugar de nacimiento: COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Certificado de nacido vivo: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número de serie del certificado: AB215386

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ SIERRA JIOMARA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 52,780,390

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PULIDO MONSALVE JOSE SANTIAGO

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 80,850,045

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PULIDO MONSALVE JOSE SANTIAGO

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 80,850,045

Datos del profesional que atiende

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Fecha de Inscripción: Año 2007 Mes SEP Día 03

Nombre y firma del funcionario que inscribe: NORBERTO SALAMANCA F.

Firma del declarante o huella:

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento:

ESPACIO PARA NOTAS

RECONOCIMIENTO INSCRITO L.V. 2 F 39SIGT 76 BTA SE TOMO HUELLA INDICE DERECHO DEL PADRE DIR. CLL 64 A N 31 A -54 TEL 4368833 2 COPIAS EXENTAS DE PAGO.


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.150.184.349
Apellidos
PULIDO HERNANDEZ
Nombres
JUAN FRANCISCO
Nacionalidad
COL
Estatura
1.62
Sexo
M
Fecha de nacimiento
24 AGO 2007
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)
Fecha y lugar de expedición
29 AGO 2025, BOGOTA D.C.
Firma
Fecha de expiración
29 AGO 2035
Powered by CamScanner


.CO
068610483
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL068610483615001<<<<<<<<<<<
0708247M3508297COL1150184349<3
PULIDO<HERNANDEZ<<JUAN<FRANCIS
Powered by CamScanner

El (La) suscrito(a) Secretaria de S BOGOTA CUND BOYACA de la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS - UNIMINUTO, Nit 800116217-2, Institución de Educación Superior, privada, sin ánimo de lucro, con personería jurídica otorgada por el Ministerio de Educación Nacional, reconocida mediante resolución No. 10345 del 1° de Agosto de 1990. Vigilada por el Ministerio de Educación Nacional.

CERTIFICA

Que JUAN FRANCISCO PULIDO HERNANDEZ identificado(a) con CC No. 1150184349, va a cursar en esta Institución Universitaria el programa de Comunicación Social y Periodismo, en la modalidad Presencial mañana, con registro Snies 2579, durante el(los) periodo(s) académico(s) de 16 semanas cada uno como se detalla a continuación. Este programa cuenta con un total de 144 créditos y al presente periodo lleva 18 créditos aprobados. El estudiante va a cursar el semestre 02 de su programa.

Notas Aprobatorias así: Igual o superior a TRES PUNTO CERO (3.0) para asignaturas de pregrado cursadas en cualquier año o posgrado cursadas a partir del año 2014; igual o superior a TRES PUNTO CINCO (3.5) para posgrados cursados antes del año 2014; (A) Aprobado, (R) Reprobado, para calificaciones cualitativas.

Nota 1: La modalidad Distancia implica asistencia a la institución durante 6 horas continuas en promedio, en cada semana.

Nota 2: La modalidad Virtual implica una interacción sincrónica y asincrónica a través de los entornos de aprendizaje de la Institución

Nota 3: 1 crédito académico equivale a 3 horas semanales en promedio de trabajo académico por parte del estudiante.

La presente certificación se expide a petición del interesado(a) a los 26 días del mes de enero de 2026 Esta certificación tiene una vigencia de treinta (30) días contados desde la fecha de su expedición. FIRMA ELECTRÓNICA reglamentada por Decreto 2364 de 2012, con validez para todos los efectos legales.

PERIODO: Pregrado Semestral Presencial 2026-1 MATERIAS INSCRITAS: 6 NÚMERO DE CRÉDITOS: 18

CRN	Código	Asignatura	Créditos
701	CSOC	Laboratorio Narrativas, Historias y Memorias	5
61206	CSOC	Diseño y Producción Transmedia	2
677	CSOC	Introducción al Periodismo	3
689	CSOC	Geopolíticas y Geoculturas	3
691	CSOC	Epistemes Latinoamericanas de la Comunicación	3
78168	FHUM	Cátedra Minuto de Dios	2

CRISTINA SANTOQUIAZ
Secretaria Seccional

Link : https://certificados.uniminuto.edu/ValidacionCertificado
Código Validación WEB : 123255058962

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO SOLICITUD DEDUCIBLE DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

Generalidades

1. El objetivo del formato es probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere el Artículo 387 del Estatuto Tributario, el Servidor Público podrá disminuir de su base de Retención por concepto de Dependientes.

2. El formato se encuentra asociado al Procedimiento de nómina GTH-P-017.

3. Es diligenciado por los funcionarios de la entidad que deseen disminuir la base de retención en la fuente por ingresos laborales.

4. La frecuencia de diligenciamiento es Anual

5. El funcionario suministrará al SENA este certificado, que se entiende expedido bajo la gravedad del juramento, en el que indique e identifique plenamente las personas dependientes a su cargo que dan lugar al tratamiento tributario para disminuir de su base de retención en la fuente

6. Este formato no requiere ser impreso

7. La persona encargada de la nómina en cada regional debe archivarlo como novedad de personal de acuerdo con la Tabla de retención documental del año 2020 Serie 48 - Nóminas, Subserie 04 - Liquidación novedades de nómina.

8. Control de Cambios

VERSION	FECHA DE ENTRADA EN VIGENTE	NATURALEZA DEL CAMBIO

VERSION	FECHA DE ENTRADA EN VIGENTE	NATURALEZA DEL CAMBIO
04	Septiembre	Se realiza el ajuste al primer párrafo del documento se incluye el Artículo 387 del Estatuto Tributario, Artículo 15 de y el Artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016. Se elimina el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013