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 MATERIALES Y ENSAYOS- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921510**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**60901-383012**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIANA MARCELA CRUZ SUAREZ	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	65.780.533	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dmcruzs@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	4372030290
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:	9057425/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**3026**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTORES PRESTAR SERVICIOS EN IMPARTIR FORMACION EN LOS PROGRAMAS OFERTADOS FORMACION TITULADA				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2026 Al 30/09/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 16.581.240
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 50.059.552
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 11.843.743

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		----------	**94576017**
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%	$ 41.375.460	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.559.000		
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

Ejecución de la formación profesional integral de las fichas: 3235883, 3235884, 3336104 y 3466005 del programa Análisis y desarrollo de software, como instructora del área técnica y vocero de la ficha. Se publica seguimiento del área técnica del proceso de formación para cada uno de las fichas a mi cargo. Convoco a reunión del EEF, redacto acta y la publico en la plataforma. Apertura y publicación de nuevas evidencias del área técnica de la fase de ejecución fichas 3235883 y 3235884 de ADSO, de la fase de planeación ficha 3336104 Entrega de la ficha 3466005 a un nuevo instructor que ingresó al centro de formación. Envie los documentos de entrega de la ficha Cerré la fase de análisis de la ficha 3336104 de ADSO. calificado los RAP de la fase de planeación y ejecución de la ficha 3336104, de la fase de planeación y ejecución de las fichas 3235883 y 3235884 y de la fase de análisis de la ficha 3466005. Las fichas a mi cargo se encuentran organizadas de acuerdo a los lineamientos de la formación AVA. Calificación en ZAJUNA de evidencias. Creación de las presentaciones para las sesiones en línea. Asistencia a reuniones del CMyE, y a comité extraordinario. Gestión SIC y SECOP

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 MARCELA CRUZ SUAREZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

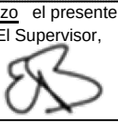
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



EDITH NANCY ESPINEL BERNAL
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
CAROLINA HERNANDEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

07/09/26 15:15:11 USUARIO: SIC - C.C. 65780533

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **DIANA MARCELA CRUZ SUAREZ**, identificada con **CC** número **65780533**, aportó por **DIANA MARCELA CRUZ SUAREZ** identificado(a) con **CC** número **65780533** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 08 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$1,894,999	0.16000	$303,200	$0	$0	Agosto - 2026	94576017	31/08/2026	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$1,894,999	0.00600	$11,400	$0	$0	Agosto - 2026	94576017	31/08/2026	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,894,999	0.00522	$9,900	$0	$0	Agosto - 2026	94576017	31/08/2026	NO
EPS002	Salud Total EPS	59															0		30	$1,894,999	0.12500	$236,900	$0	$0	Agosto - 2026	94576017	31/08/2026	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **7** días del mes **Septiembre** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

PROCESO		
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública [ ]	Pública Clasificada [X]	Pública Reservada [ ]

Septiembre 2026

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 07 de septiembre 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:

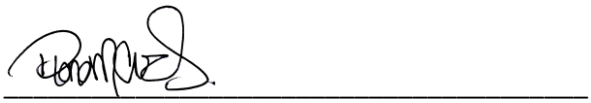
T.I.	**1104551168**	**MARIANA VARON CRUZ**	**HIJO**

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:
C.C.: 65780533

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1104551168

Indicativo Serial 53379730

53379730

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 1 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T 1 B

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

COLOMBIA IBAGUE TOLIMA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VARON	CRUZ

Nombre(s)

MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes SEP Día 26	FEMENINO	O	POS

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

COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	12964573-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CRUZ SUAREZ DIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 65.780.533 DE IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VARON CASTRO CARLOS ARTURO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 93.391.219 DE IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CRUZ SUAREZ DIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. NO. 65.780.533 DE IBAGUE	

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 2014 Mes OCT Día 01	MARIA EDILMA CALLE FLOREZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	MARIA EDILMA CALLE FLOREZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS T-116 F-125

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE IBAGUE
MARIA EDILMA CALLE F.
NOTARIA ENCARGADA

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE IBAGUE
MARIA EDILMA CALLE F.
NOTARIA ENCARGADA

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE IBAGUE
MARIA EDILMA CALLE F.
NOTARIA ENCARGADA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6 TEL. 430 2110