

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		25				
			Código Centro		923210				
			Fecha Elaboración		Noviembre de 2025				
			Versión		ENERO - 2.25				
			ID de Proceso		22620-781988				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía		1.073.669.268		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		ypfernandez@sena.edu.co		Número de Cuenta:		91202398117			
IP/N° 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 2024		SI			
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						NO			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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									
N° del contrato:		7380356/2025	N° Compromiso SIIF		4425	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL Y CON PLENA AUTONOMÍA COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN TITULADA CON EL PROPÓSITO DE ATENDER LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN REGULAR PARA LOS PROGRAMAS OFERTADOS POR EL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA DE ACUERDO							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/11/2025	Al		30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 9.199.022	
Número de pago		10				Valor Total del Contrato:		\$ 50.287.986	
Valor Bruto Pago:		\$ 4.599.511,00				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 4.599.511	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 4.599.511		Ninguno		0,00%			
Ingresos por comisiones		\$ 630.356		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0			
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0							
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 5.229.867		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.088.780		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		3.088.780,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		90913737		Base retención en la fuente a titulo de ICA		4.705.467,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804		\$ 1.839.804		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000		\$ 230.000		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400		\$ 294.400		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 9.700		\$ 9.700		Reteica - 8299 - SOACHA		28.233,00	0,600%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						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		\$ 522.987				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784		\$ 54.000		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 36.062.775		\$ 1.030.000		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 9.254.000						0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$4.571.278,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
3202675-MANTENIMIENTO E INSTALACION DE SISTEMAS SOLARES FOTOVOLTAICOS									
3201336-ASISTENCIA ADMINISTRATIVA									
3277835-CUIDADO ESTETICO DE MANOS Y PIES									
3201358-ASISTENCIA ADMINISTRATIVA									
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									
						YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO 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 periodo 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.									
						ALBA CONSUELO CASAS FONSECA INSTRUCTOR G08			
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 ARGEMIRO CELIS CASTRO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)									

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1073669268	YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO		CRA 9 ESTE # 38-23 CASA 227	9008468	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90913737	\$570.900

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	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	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	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	9.700				9.700	0	0	9.700			97	9.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	36.800	0	0	36.800	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				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	9.700	9.700
CCF	1	36.800	36.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	570.900	570.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1073669268	YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO		CRA 9 ESTE # 38-23 CASA 227	9008468	sofi12022008@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	10/11/2025	90913737	10
					TOTAL A PAGAR
					\$570.900

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1073669268	FERNANDEZ GALINDO YENI PAOLA	59	0			N																		25-14	1.840.000	294.400	0	0	0	0	EPS005	1.840.000	230.000	14-23	1.840.000	1	9.700	CCF24	1.840.000	36.800	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 1 de Febrero del 2025

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:

TI	1023398550	VALENTINA CAINA FERNANDEZ	Hijo(a)
----	------------	---------------------------	---------

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,

YENI PAOLA FERNANDEZ

YENI PAOLA FERNANDEZ GALINDO
C.C. 1073669268

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1023398550

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52732122

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 56 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 7 H

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

COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

CAINA

FERNANDEZ

Nombre(s)

VALENTINA

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2012

Mes

OCT

Día

14

FEMENINO

0

+

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

COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

11714791-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

FERNANDEZ GALINDO YENI PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C.# 1.073.669.268 DE SOACHA-CUNDINAMARCA

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CAINA VARGAS JHON JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C.# 80.832.211 DE BOGOTA

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAINA VARGAS JHON JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

C.C.# 80.832.211 DE BOGOTA

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

2012

Mes

OCT

Día

22

BERNI FRANCISCO ESCALONA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

BERNI FRANCISCO ESCALONA

Nombre y firma

Firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS 185 DEL FOLIO 0405 DE LA NOTARIA 56 DE BOGOTA



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.023.398.550

CAINA FERNANDEZ

APELLIDOS

VALENTINA

NOMBRES

Valentina caina

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 14-OCT-2012

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

14-OCT-2030 O+ F

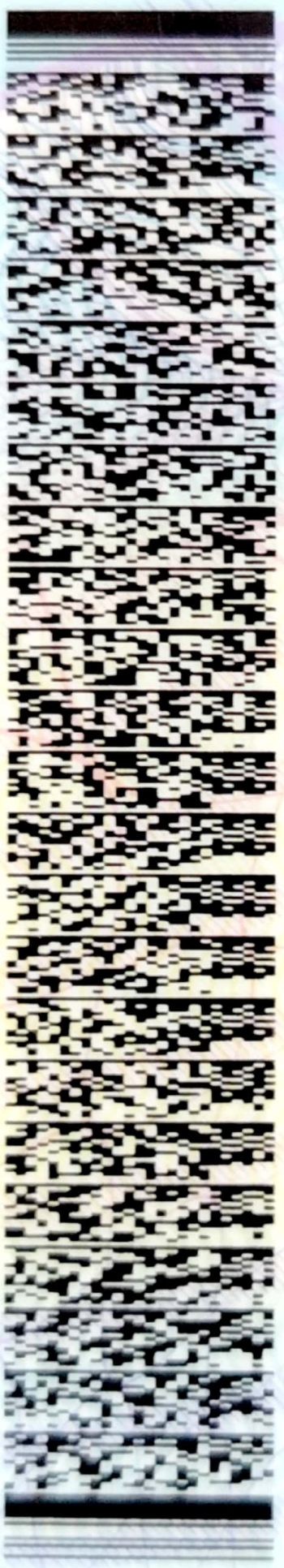
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

06-NOV-2019 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO



P-1524700-011 12958-F-1023398550-20191119 0068999947A 1 1705731309