

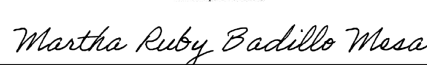


| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) | | Código Regional | 1 |
| | DIRECCIÓN GENERAL | | Código Centro | 101001 |
| | OFICINA DE SISTEMAS - MODERNIZACIÓN DE AMBIENTES | | Fecha Elaboración | Abril de 2025 |
| | Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 | | Versión | ENERO - 2.25 |
| | | | ID de Proceso | 85603-211069 |
| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | |
| Nombres y apellidos: | OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ | | Banco a consignar: | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía | 87.100.132 | | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | oatrejo@sena.edu.co | | Número de Cuenta: | 86850604781 |
| 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 2024 | NO |
| ¿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 | | | | |
| Nº del contrato: | 7485292/2025 | Nº Compromiso SIIF | 154125 | Número de pagos durante la vigencia del contrato |
| | | 11 | | |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | SERVICIOS PERSONALES, RAD 01-9-2025-009865, PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR Y AGILIZAR LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA PLANIFICACIÓN, DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN, GESTIÓN, INTEGRACIÓN, OPERACIÓN, MONITOREO Y MEJORA CONTINUA DE LOS SERVICIO | | | |
| DATOS PERIODO DEL PAGO | | | | |
| Del | 01/04/2025 | Al | 30/04/2025 | Saldo Anterior del Contrato: |
| | | | | \$ 46.350.000 |
| Número de pago | 3 | | | Valor Total del Contrato: |
| | | | | \$ 54.418.333 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 5.150.000,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: |
| | | | | \$ 41.200.000 |
| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | |
| Ingresos por honorarios | \$ 5.150.000 | Ninguno | 0,00% | |
| Ingresos por comisiones | \$ 0 | Retención en la Fuente del Periodo | \$ 0 | |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ 0 | | | |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO | \$ 5.150.000 | Menos, Retefuente Otros Ingresos | \$ 0 | |
| BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 3.028.100 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | \$ 0 | |
| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR | | | | |
| Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS | Abril | Marzo | Base retención en la fuente a título de RENTA | 3.028.100,00 |
| | ----- | 9484633864 | Base retención en la fuente a título de ICA | 5.150.000,00 |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 2.060.000 | \$ 2.060.000 | Valor base IVA | 0,00 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | \$ 257.500 | \$ 257.500 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | \$ 329.600 | \$ 329.600 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | \$ - | \$ 0 | Menos Retención IVA | 0,00 |
| ARL | \$ 10.800 | \$ 10.800 | Reteica - 6201 - POPAYAN CON PR | 10.300,00 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | \$ - | | 0,00 |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | \$ - | | 0,00 |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | \$ - | | 0,00 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | \$ - | \$ - | | 0,00 |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | \$ - | \$ - | Pro-Universidad Nacional | 25.750,00 |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | \$ - | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 |
| Intereses Prestamo de Vivienda | \$ - | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 |
| Dependientes hasta | \$ 515.000 | | Otras Retenciones | 0,00 |
| Salud hasta | \$ 796.784 | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 |
| Renta Exenta 25% | \$ 36.062.775 | \$ 1.009.000 | | 0,00 |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 2.116.000 | | | |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 |
| | | | VALOR A PAGAR | \$ 5.113.950,00 |
| SON: CINCO MILLONES CIENTO TRECE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE | | | | |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | |
| Se desarrolló la Matriz de identificación y Planificación de Cambios Organizacionales (SIGA) | | | | |
| Se participó en la Mesa Técnica Regional del SIGA I trimestre | | | | |
| Se participó en la definición de estrategias para la concientización y sensibilización del SGPSI | | | | |
| Se aportó en la actualización Contexto y partes interesadas SENA Regional Cauca | | | | |
| Se desarrolló el reporte de hechos económicos del mes de activos intangibles TIC Regional Cauca | | | | |
| Se gestionaron incidentes relacionados con la conectividad (configuración del modo de operación de los APs) | | | | |
| Se realizó gestión de cuentas y aplicativos de la entidad para usuarios de las sedes de la Regional | | | | |
| Se realizó capacitación sobre seguridad y privacidad de la información para funcionarios de la Regional | | | | |
| Se gestionó desplazamiento del personal para resolver incidente de energía eléctrica en la sede de Santander de Quilichao | | | | |
| PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: | | | | |
| 1. Cumplo 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 | | |  | Firmado digitalmente por Omar Trejo Fecha: 2025.04.23 14:56:03 -05'00' |
| | | | OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ 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. | | | | |
| | | | MARTHA RUBY BADILLO MESA PROFESIONAL G02 | |
| 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 JUAN CARLOS CORTES GOMEZ JEFE OFICINA DE SISTEMAS (E) | | | | |



Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|----------------------------|-----------------|--------------------|------------------------|---------------------|-------------|-----------------------|-----------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF | |
| CC 87100132 | | TREJO NARVAEZ OMAR ALBEIRO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 44 A 30 77 Pl. 2 | POPAYAN-CAUCA | 8209800 | No | |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-03 | 2025-03 | 1412761380 | 9484633864 | I | 2025/04/08 | 2025/04/15 | BANCOLOMBIA | 7 | \$600,700 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|----------|------------|--------|---------|-------------|-----------|--------|-------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|--------|---------|-------------|----------|------|--------------|--------|--|--|
| EMPLEADO | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
| No. | Identificación | Nombres | | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | | |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | \$2,060,000 | \$329,600 | | | \$2,060,000 | \$257,500 | | | \$0 | \$0 | | | \$2,060,000 | \$10,800 | | \$0 | \$0 | | |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | \$2,060,000 | \$329,600 | | | \$2,060,000 | \$257,500 | | | \$0 | \$0 | | | \$2,060,000 | \$10,800 | | \$0 | \$0 | | |
| Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados) | | | | | | \$2,060,000 | \$329,600 | | | \$2,060,000 | \$257,500 | | | \$0 | \$0 | | | \$2,060,000 | \$10,800 | | \$0 | \$0 | | |
| 1 | CC | 87100132 | TREJO OMAR | 25-14 | 30 | \$2,060,000 | \$329,600 | EP5005 | 30 | \$2,060,000 | \$257,500 | | 0 | \$0 | \$0 | 14-23 | 30 | \$2,060,000 | \$10,800 | 0 | \$0 | \$0 | | |
| Total Afiliados(1) | | | | | | \$2,060,000 | \$329,600 | | | \$2,060,000 | \$257,500 | | | \$0 | \$0 | | | \$2,060,000 | \$10,800 | | \$0 | \$0 | | |

Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------|----------------------------|-----------------|--------------------|------------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|-----------|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Telefono | Exonerado SENA e ICBF | |
| CC 87100132 | | TREJO NARVAEZ OMAR ALBEIRO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 44 A 30 77 Pl. 2 | POPAYAN-CAUCA | 8209800 | No | |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-03 | 2025-03 | 1412761380 | 948463864 | I | 2025/04/08 | 2025/04/15 | BANCOLOMBIA | 7 | \$600,700 |
| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | | |
| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR | |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$329,600 | \$1,500 | \$0 | \$331,100 | |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | \$329,600 | \$1,500 | \$0 | \$331,100 | |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$10,800 | \$100 | \$0 | \$10,900 | |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | \$10,800 | \$100 | \$0 | \$10,900 | |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | \$257,500 | \$1,200 | \$0 | \$258,700 | |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | \$257,500 | \$1,200 | \$0 | \$258,700 | |
| TOTAL | | | | 1 | \$597,900 | \$2,800 | \$0 | \$600,700 | |



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTA, abril del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTA

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:

| | | | |
|------|---------|--------------------------------|-------|
| C.C. | 1871599 | Guillermo Alonso Trejo Bolaños | Padre |
|------|---------|--------------------------------|-------|

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por Medicina Legal.

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,

Firmado digitalmente
por Omar Trejo
Fecha: 2025.04.23
14:57:29 -05'00'

OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ
C.C. 87100132



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.871.599

TREJO BOLANOS
APELLIDOS

GUILLERMO ALONSO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1937


PUPIALES
(NARINO)

LUGAR DE NACIMIENTO:

1.56 ESTATURA G.S. RH. O+ SEXO M

03-FEB-1959 PUPIALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMAREATID/RENGO/LOPEZ



A-2306700-53 144272-M 0001871599-20060324 02716 06003A 02 195715693

NOTARIO SEGUNDO DE IPIALES, HAGO CONSTAR QUE EL PRESENTE REGISTRO CIVIL, ES FIEL Y AUTENTICA COPIA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA Y QUE HE TENIDO A LA VISTA. TOMO 6 FOLIO 3346916. IPIALES, 05 ABR 2013



DR. ALFONSO JAVIER BENITEZ GUERRERO

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| ORDINALES O CÓDIGOS DE LOS MESES | ENERO.....01 MAYO.....05 SEPT.....09 | FEBRERO.....02 JUNIO.....06 OCTUBRE.....10 | MARZO.....03 JULIO.....07 NOV.....11 | ABRIL.....04 AGOSTO.....08 DIC.....12 |
|--|--|--|--|---|

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL
Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION N°
1 Parte básica: 780803
2 Parte compl.: 09782

3 Clase (Notaria, Alcaldía, Corregiduría, etc.): **Notaria Numero Segundo.**
4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: **Ipiales- Nariño.**
5 Código: **4462**

SECCION GENERAL

6 Primer apellido: **TREJO.**
7 Segundo apellido: **NARVAEZ.**
8 Nombres: **OMAR ALBEIRO**

9 Masculino o Femenino: **masculino-**
10 Masculino Femenino

FECHA DE NACIMIENTO: 11 Día: **3**, 12 Mes: **Agosto**, 13 Año: **1978**

14 País: **Colombia-**, 15 Departamento, Int. o Com.: **Nariño.**, 16 Municipio: **Ipiales.**

SECCION ESPECIFICA

17 Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: **Vereda Tusandala.**
18 Hora: **3 P.M.**

19 Documento presentado - Antecedente (cert. médico, Acta parroq. etc.): **certificado médico,**
20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento: **Dr Luis Rodriguez.**
21 N° licencia: _____

22 Apellidos (de soltera): **NARVAEZ.**
23 Nombres: **TULIA EMMA.**
24 Edad (años): **40.-**

25 Identificación (clase y número): **C.C.No-27.240.148 Ipiales.**
26 Nacionalidad: **Colombiano**, 27 Profesión u oficio: **hogar,**

28 Apellidos: **TREJO BOLAÑOS/**
29 Nombres: **Guillermo Alonso.**
30 Edad (años): **40.-**

31 Identificación (clase y número): **C.C.No-1.871.599 Ipiales-**
32 Nacionalidad: **Colombiano**, 33 Profesión u oficio: **Agricultor, -**

34 Identificación (clase y número): **C.C.No-1.871.599 Ipiales, -**
35 Firma (autógrafa): *Guillermo Alonso Trejo B.*
36 Dirección postal: **Vereda Tusandala.**
37 Nombre: **Guillermo Alonso Trejo B.**
38 Identificación (clase y número): _____
39 Firma (autógrafa): _____
40 Domicilio (Municipio): _____
41 Nombre: _____
42 Firma (autógrafa): _____
43 Domicilio (Municipio): _____
44 Domicilio (Municipio): _____
45 Nombre: _____
46 Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro: *Guillermo Alonso Trejo B.*

FECHA DE INSCRIPCIÓN: 46 Día: **4**, 47 Mes: **Agosto**

(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)

48 Año: **1978**

49 Firma (autógrafa) y sello del funcionario ante quien se hace el registro: *Guillermo Alonso Trejo B.*

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

FORMA IP10-0 II-78

HERICA JOHANA ALVAREZ SOLIS
Contadora Pública Titulada T.P. 150008-T
Dirección: Calle 35A # 4-70
Cel. 3105830783 Popayán - Cauca

HERICA JOHANA ALVAREZ SOLIS
C.C. 34.318.197

CONTADORA TITULADA

A solicitud del interesado.

CERTIFICA:

Que el señor **GUILLERMO ALONSO TREJO BOLAÑOS**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.871.599 de Pupiales (Nariño), depende económicamente de su hijo **OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ** identificado con cédula de ciudadanía No. 87.100.132.

Para constancia se firma en Popayán, a los cinco (5) días del mes de marzo de 2025.

Atentamente,



HERICA JOHANA ALVAREZ SOLIS
C.C. 34.318.197 de Popayán (Cauca)
TP 150008-T