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 ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921010**
Fecha Elaboración	**Junio de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**51369-019621**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EDY ANDRES TRIANA ROJAS	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	80.236.318	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	eatrianar@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	035436534
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 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

Nº del contrato:	7370530/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**26425**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR PARA FORMACIÃ³N PROFESIONAL INTEGRAL CONFORME A LAS COMPETENCIAS DE LOS PROGRAMAS CEET

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2025**	**Al**	**30/06/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.561.682
Número de pago	**5**			**Valor Total del Contrato:**	$ 23.917.462
Valor Bruto Pago:			**$ 2.299.756,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 13.261.926

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.299.756	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.299.756**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.242.480**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8386792886**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 1.423.500
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 178.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 227.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 7.500
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
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		$ 229.976	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 414.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.691.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.242.480,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.893.956,00	
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	18.296,00	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	**$2.281.460,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Conexión real de MOC TRIAC y bombilla AC

Implementación etapa de potencia

Verificación sistema completo en protoboard y evaluación RAP

Repaso de proteus e ISIS

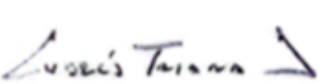
Introducción a diseño en PCB con PROTEUS/ISIS

Ejemplo diseño PCB

Funcionamiento sensor de movimiento

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



EDY ANDRES TRIANA ROJAS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

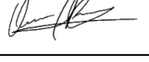
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



OSCAR ANDRES PULIDO CASALLAS
INSTRUCTOR G15

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
LINA SAMARIS SILVA BELTRAN
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): EDY ANDRES TRIANA ROJAS
No. Identificación: CC80236318
Dirección: CALLE 45 SUR NO 72L - 45
Telefono: 3124101146
Correo: andrewspez@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8386792886

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	EDY ANDRES TRIANA ROJAS	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC80236318	**Periodo de Cotización Salud**	mayo de 2025
Número de planilla	8386792886	**Periodo de Cotización Pensión**	mayo de 2025
Fecha pago	2025-06-05	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	32836976	**Total Pagado**	420700
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8386792886

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14900	1
230301	Porvenir	227800	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80236318
APELLIDOS Y NOMBRES: EDY ANDRES TRIANA ROJAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	14900	0

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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ D.D., 18 de junio de 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:

RC	**1019849462**	**JUAN ANDRES TRIANA CUSGUEN**	**Hijo(a)**

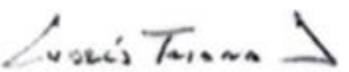
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



EDY ANDRES TRIANA ROJAS
C.C. 80236318

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1019849462

Indicativo Serial 59798387

59798387

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 30 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 5 E

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

*** COLOMBIA *** CUNDINAMARCA *** BOGOTA D.C. *****

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TRIANA	CUSGUEN

Nombre(s)

JUAN ANDRÉS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUL Día 19	MASCULINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA **** CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C. *****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	16109063-6

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, acotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CUSGUEN CASTRO LUISA FERNANDA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1014184757 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, acotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

TRIANA ROJAS EDY ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80236318 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TRIANA ROJAS EDY ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80236318 DE BOGOTA D.C.	

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 2020 Mes AGO Día 05	CESAR AUGUSTO ROJAS Nombre y firma

NOTARIA TREINTA
BOGOTA D.C.
NOTARIO (E)
CESAR AUGUSTO ROJAS

menor.

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -