

 <b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b> FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) DIRECCIÓN GENERAL OFICINA DE SISTEMAS - MODERNIZACIÓN DE AMBIENTES Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1	<b>Código Regional</b>	1
	<b>Código Centro</b>	101001
	<b>Fecha Elaboración</b>	Marzo de 2025
	<b>Versión</b>	ENERO - 2.25
	<b>ID de Proceso</b>	53239-231009
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>		
<b>Nombres y apellidos:</b> OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ <b>Cédula de Ciudadanía:</b> 87.100.132 <b>Correo electrónico:</b> oatrejo@sena.edu.co <b>IP/Nº de contacto:</b> <b>Inducción SST:</b> SI <b>Régimen del IVA:</b> NO RESPONSABLE	<b>Banco a consignar:</b> BANCOLOMBIA <b>Tipo de cuenta:</b> AHORROS <b>Número de Cuenta:</b> 86850604781 <b>Presta Servicios Excluidos de IVA:</b> NO <b>Pertenece al régimen simple de tributación:</b> NO <b>Es declarante de renta por el año gravable 2024</b> NO	
<b>¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?</b> NO <b>Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000</b> NO <b>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)</b> NO <b>¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?</b> NO <b>Concepto del pago corresponde a:</b> Ninguno <b>TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.</b> 0,00%		
<b>DATOS DEL CONTRATO</b>		
<b>Nº del contrato:</b> 7485292/2025	<b>Nº Compromiso SIF:</b> 154125	<b>Número de pagos durante la vigencia del contrato:</b> 11
<b>OBJETO CONTRACTUAL:</b> (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		
<b>DATOS PERIODO DEL PAGO</b>		
<b>Del:</b> 01/03/2025	<b>Al:</b> 31/03/2025	<b>Saldo Anterior del Contrato:</b> \$ 51.500.000
<b>Número de pago:</b> 2		<b>Valor Total del Contrato:</b> \$ 54.418.333
<b>Valor Bruto Pago:</b>	\$ 5.150.000,00	<b>Nuevo Saldo del Contrato:</b> \$ 46.350.000
<b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>		
Ingresos por honorarios	\$ 5.150.000	Ninguno
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 2.918.333	
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 8.068.333</b>	Menos, ReteFuente Otros Ingresos
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 4.687.300</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b> \$ 0
<b>LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</b>		
	<b>Marzo</b>	<b>Febrero</b>
<b>Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS</b>	-----	<b>9482118631</b>
<b>Ingreso Base de Cotización - IBC</b>	\$ 2.060.000	\$ 1.423.500
<b>Aporte obligatorio a seguridad social salud</b>	\$ 257.500	\$ 178.000
<b>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</b>	\$ 329.600	\$ 227.800
<b>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</b>	\$ -	\$ 0
<b>ARL</b>	\$ 10.800	\$ 7.500
<b>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ 227.800	
<b>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ 178.000	
<b>Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes</b>	\$ 7.500	
<b>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</b>	\$ -	
<b>Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC</b>	\$ -	
<b>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias</b>	\$ -	
<b>Intereses Prestamo de Vivienda</b>	\$ -	
<b>Dependientes hasta</b>	\$ 806.833	
<b>Salud hasta</b>	\$ 796.784	\$ -
<b>Renta Exenta 25%</b>	\$ 36.062.775	\$ 1.563.000
<b>Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.</b>	\$ 553.000	
<b>Retención en la Fuente Contingente</b>	\$ -	
		<b>VALOR A PAGAR</b> \$ 5.113.950,00
<b>SON: CINCO MILLONES CIENTO TRECE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE</b>		
<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>		
Se realizó reunión con líderes TIC y personal de Mesa de servicio de las sedes de la Regional con el fin de abordar temas críticos		
Se realizó actividad de inducción SIGA en auditorio de Comercio, área de Sistema de Seguridad y privacidad de la información		
Se elaboró consolidado del esquema de conexión de las sedes de la Regional Cauca		
Se ejecutaron acciones relacionadas con gestión de cuentas institucionales		
Se atendieron solicitudes de los usuarios relacionadas con la conectividad y soporte de aplicativos		
Se desarrolló el reporte de hechos económicos, activos intangibles TIC Regional Cauca		
Se participó en la mesa Regional desde la dirección general (SIGA)		
Se asistió a la capacitación para el manejo de activos intangibles		
<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>		
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		Firmado digitalmente por Omar Trejo Fecha: 2025.03.26 18:35:02 -05'00' 
		<b>OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ</b> <b>EL CONTRATISTA</b>
<b>CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>		
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,  <b>MARTHA RUBY BADILLO MESA</b> <b>PROFESIONAL G02</b>
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago: <b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b> <b>JUAN CARLOS CORTES GOMEZ</b> <b>JEFE OFICINA DE SISTEMAS (E)</b>		



## 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 P1 2	POPAYAN-CAUCA	\$209800	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Pago	Dias Mora	Valor	
Pensión	Salud	Pago	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		
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,060,000	\$329,600			\$2,060,000	\$257,500			\$0	\$0			\$2,060,000	\$10,800			\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$2,060,000	\$329,600			\$2,060,000	\$257,500			\$0	\$0			\$2,060,000	\$10,800			\$0	\$0	
<b>Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA ( 1 Afiliados)</b>					\$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	EPS005	30	\$2,060,000	\$257,500	0	\$0	14-23	30	\$2,060,000	\$10,800	0		\$0	\$0		
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$2,060,000	\$329,600			\$2,060,000	\$257,500			\$0	\$0			\$2,060,000	\$10,800			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 87100132		TREJO HARVAEZ OMAR ALBEIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 44 A 30 77 PI 2	POPAYAN-CAUCA	8209800	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-03	2025-03	1412761380	9484633864	1	2025/04/08	2025/04/15	BANCOLOMBIA	\$600,700

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	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
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$597,900</b>	<b>\$2,800</b>	<b>\$0</b>	<b>\$600,700</b>



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, marzo 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:

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 doscientos 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,

---

OMAR ALBEIRO TREJO NARVAEZ  
C.C. 87100132



REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CEBULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.871.599

TREJO BOLANOS  
 APELLIDOS

GUILLERMO ALONSO  
 NOMBRES

FIRMA

INDICE DERECHO

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  
 ALMAGREZ DE BENOIG 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 CODIGOS 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

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 LuisRodriguez.**  
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