



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
DESPACHO DIRECCION

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

Código Regional	11
Código Centro	101000
Fecha Elaboración	Noviembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	39946-518551

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MANUEL FERNANDO DIAZ ALDANA	Banco a consignar:	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	1.032.399.836	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	mdiaza@sena.edu.co	Número de Cuenta:	062800669
IP/Nº de contacto:	14487	Presta Servicios Excluidos de IVA:	SI
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?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7275760/2025	Nº Compromiso SIIF	5125	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios profesionales para gestionar a nivel interno y externo las acciones y compromisos del SENA en el marco de la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras y articular con las entidades conformantes del SNARIV, estrategias que impulsen la empleabilidad de la población.			

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 9.788.000
Número de pago	11			Valor Total del Contrato:	\$ 56.281.000
Valor Bruto Pago:	\$ 4.894.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 4.894.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.894.000	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	\$ 4.894.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.877.300	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 título de RENTA		
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	90953064	Base retención en la fuente a título de ICA	2.877.300,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.957.600	\$ 1.957.600	Base retención en la fuente a título de ICA	4.336.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 244.700	\$ 244.700	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 313.300	\$ 313.300	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 10.300	\$ 10.300	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	41.886,00	0,966%
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	\$ 489.400	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 39.341.210	\$ 959.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 9.525.000	-		0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$4.852.114,00	

SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CIENTO CATORCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Articulación con ACNUR para la atención de población migrante.
Articulación AMB para hacer parte en las jornadas Ferias a tu Servicio.
Elaboración de informes solicitados por la Coordinación Nacional de Empleo.
Apoyar en el seguimiento de indicadores de población vulnerable a cargo de la A.P.E.
Apoyar en la revisión de requerimientos remitidos por la Coordinación Nacional de Empleo.
Articulación con entidades del orden nacional y distrital para la promoción y divulgación de servicios SENA.
Articulación con la Oficina Consejera de Paz, Víctimas, Paz y Reconciliación para hacer presencia en Centros de Encuentro.
Articulación entidades en convenio.
Apoyar la respuesta de derechos de petición.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli 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

MANUEL FERNANDO DIAZ ALDANA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

JORGE ALEXANDER CAÑON CASTAÑO
PROFESIONAL G03

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
GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
DIRECTOR REGIONAL DISTRITO (E)

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032399836	MANUEL FERNANDO DIAZ ALDANA		CARRERA 24 - 27 - 24 APARTAMENTO 101	5336664	manudiaza@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	30/10/2025	90953064	\$568.900	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	245.000	0		0		0	0	0	0	245.000	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	313.600	0	0	0	0	0	0	0	313.600	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	10.300				10.300	0	0	10.300			103	10.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	245.000	245.000
Pensión	1	313.600	313.600
Riesgos Laborales	1	10.300	10.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	568.900	568.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032399836	MANUEL FERNANDO DIAZ ALDANA		CARRERA 24 - 27 - 24 APARTAMENTO 101	5336664	manudiaza@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-10	2025-10	\$568.900				

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	ISA	IAS	IASP	VCT	IRL	CORRECCION	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	1032399836	DIAZ ALDANA MANUEL FERNANDO	59	0			N																	25-14	1.960.000	313.600	0	0	0	0	EPS037	1.960.000	245.000	14-23	1.960.000	1	10.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Bogotá, 14 de noviembre de 2025

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 párrafo 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.	1104713075	Emiliano Díaz Ávila	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: Manuel Fernando Díaz Aldana

C.C. 1032399836

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

52576574

NUIP **1.104.713.075**

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **152576574**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código **T 1 N**

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE LIBANO - COLOMBIA - TOLIMA - LIBANO

Datos del inscrito

Primer Apellido **DIAZ** Segundo Apellido **AVILA**
 Nombre(s) **EMILIANO**

Fecha de nacimiento: Año **2018** Mes **AGO** Día **30** Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo sanguíneo **O** Factor RH **POSITIVO**

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: **CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**

Número certificado de nacido vivo: **148444208**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: **AVILA RUBIO DIANA CAROLINA**

Documento de Identificación (Clase y número): **CC 1.104.699.318**

Nacionalidad: **COLOMBIA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: **DIAZ ALDANA MANUEL FERNANDO**

Documento de Identificación (Clase y número): **CC 1.032.399.836**

Nacionalidad: **COLOMBIA**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: **DIAZ ALDANA MANUEL FERNANDO**

Documento de Identificación (Clase y número): **CC 1.032.399.836**

Firma: *Manuel Fernando Diaz*

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: Año **2018** Mes **SEP** Día **05**

Nombre y firma del funcionario que autoriza: **YENNY ANDREA TORRES OLIVEROS - RE**

Nombre y firma: *Yenny Andrea Torres Oliveros*

Reconocimiento paterno: *Manuel Fernando Diaz*

Firma: *Manuel Fernando Diaz*

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: *Yenny Andrea Torres Oliveros*

Nombre y firma: *Yenny Andrea Torres Oliveros*

ESPACIO PARA NOTAS


 REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL LIBANO-TOLIMA
 EL SUSCRITO REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL
 CERTIFICA:
 QUE ES FIEL REPRODUCCION DEL ORIGINAL QUE HE TENIDO A LA VISTA Y QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA

05 SEP 2018




YENNY ANDREA TORRES OLIVEROS
 Registrador del Estado Civil (E)
 SIN SELLO ART 11 DTO 2150 DE 1995

- ORIGEN: OFICINA DE REGISTRO -