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** | **Noviembre de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **74116-329717** |

## 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** | **01/11/2025** | **Al** | **30/11/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 4.062.902 |
| **Número de pago** | **10** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 23.917.462 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 2.299.756,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 1.763.146 |

## 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

| | | Noviembre | Octubre |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **8390847097** |
| **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. | $ 3.761.000 | | |
| 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

Sensores y actuadores: definición

Sensores y actuadores: generalidades, presión, flujo, temperatura, velocidad, ultrasonido, fotoeléctricos, resistivos, humedad

Aplicaciones de los sensores: agricultura, industria, otras aplicaciones

Señal análoga, señal digital, conversor análogo digital, digitalizar una señal

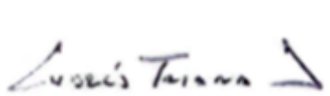
Implementación sistema de control de temperatura con termistor, y con LM35

Desempeño del sistema, opciones de mejora, y ajsutes

Sistema de control de temperatura

**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,



**ANDRES CAMILO QUINTERO SANTOS**
**INSTRUCTOR G12**

**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:** 8390847097

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** | octubre de 2025 |
| **Número de planilla** | 8390847097 | **Periodo de Cotización Pensión** | octubre de 2025 |
| **Fecha pago** | 2025-11-13 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 34634927 | **Total Pagado** | 422400 |
| **Banco** | 1023 | **Total Intereses de Mora** | 1700 |

PAGADA
8390847097

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 15000 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 228700 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 178700 | 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.C., 13 de noviembre 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<br>Nombre y firma |

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

menor.

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -