



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 GESTIÓN INDUSTRIAL- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	921110
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	87499-069576

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	JAIR HUMBERTO BONILLA QUESADA	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	11.229.759	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	jhbonilla9@misena.edu.co	Número de Cuenta:	0550457900079007
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?			
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:	8034299/2025	Nº Compromiso SIIF	34225	Número de pagos durante la vigencia del contrato	6
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral en las modalidades presencial y/o virtual según corresponda, en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de titulada, articulación con la media y/o complementaria y demás actividades derivadas				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/12/2025	Al	12/12/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 1.839.804
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:	\$ 24.837.359
Valor Bruto Pago:	\$ 1.839.804,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 1.839.804	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 1.839.804</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 1.117.424</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Diciembre	Noviembre			TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	1077732704	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.117.424,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 569.400	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de ICA	1.677.404,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 71.200	\$ 230.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 91.200	\$ 294.400	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	\$ 3.000	\$ 9.700	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	16.204,00	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	\$ 183.980	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 19.670.605	\$ 373.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 4.505.000	-		0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$1.823.600,00</b>	

**SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS VEINTITRES MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Contactar a los aprendices para el inicio de la etapa productiva.
Asesorías virtuales con los aprendices.
Gestión de correos.
Guiar a los aprendices en el desarrollo de su etapa productiva.
Validar información de los aprendices en sofi a plus.
Generar reportes de las fichas 2879883, 2977830, 2758269, 2758270, 2758271, 2758272, 2808957, 2809352, 2834888, 2870841, 2870865, 2879647, 2885094.

**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

**JAIR HUMBERTO BONILLA QUESADA**  
**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,

**HENRY GAITAN GOMEZ**  
**INSTRUCTOR**

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**  
**JULIAN ANDRES CASTELLANOS CASTRO**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA  
PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA  
RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE

Versión: 1.01

Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) BONILLA QUESADA JAIR HUMBERTO identificado(a) con CC. 11229759 NO registra bienes a cargo.

JAIR BONILLA

Fecha de emisión del reporte: 5 de Diciembre de 2025 a las 21:05:02

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

**Pago PSE**

## Resultado de su transacción

**Código único CUS**

1982535962

**Destino de pago**

SIMPLE 01

**Motivo**

Pago de Seguridad Social

**Fecha**

04/12/2025

**Número de aprobación**

00535962

**Dirección IP**

190.27.107.248

**Valor transacción**

\$ 1.044.800,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Referencia 1**

172.29.10.57

**Referencia 2**

CC

**Referencia 3**

11229759

Bogotá, 04 de diciembre de 2025

Apreciado usuario,  
Le informamos que hemos recibido satisfactoriamente su Planilla Integrada a través de PAGOSIMPLE.

A continuación relacionamos los datos de confirmación:

#### **Información de la empresa:**

Razón Social: JAIR HUMBERTO BONILLA QUESADA

Documento de Identidad: CC 11229759

Usuario: JAIR BONILLA

Teléfono: 3137637281

Número de Planilla: 1077732704

Fecha de Recepción: 04 de diciembre de 2025

Periodo de Cotización: 2025-11

#### **Información relacionada a Pensiones**

Administradora: 25-14 - COLPENSIONES

Número de empleados: 1

Valor: \$576.000

#### **Información relacionada a Salud**

Administradora: EPS005 - SANITAS EPS

Número de empleados: 1

Valor: \$450.000

#### **Información relacionada a Riesgos**

Administradora: 14-11 - ARL SURA

Número de empleados: 1

Valor: \$18.800

Total Pagado: \$1.044.800

Cordialmente,

SERVICIO AL CLIENTE

SIMPLE S.A.

¡Más que fácil, SIMPLE! ®

FonoSIMPLE: Teléfonos Bogotá: 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 6669 - Bucaramanga: 643 8000 -

Cartagena: 694 5444 - Pereira: 340 2582 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del país: 018000 971 971 Chat

[www.pagosimple.com/portal/chat](http://www.pagosimple.com/portal/chat); de Lunes a Viernes de 7:00 am a 7:00 pm y sábados de 8:00 am a 1:00 pm. O

déjenos su mensaje en nuestro formulario de contacto en [www.pagosimple.com/portal/contactenos](http://www.pagosimple.com/portal/contactenos).

**Pago PSE**

## Resultado de su transacción

**Código único CUS**

2008330670

**Destino de pago**

SIMPLE OI

**Motivo**

Pago de Seguridad Social

**Fecha**

15/12/2025

**Número de aprobación**

00330670

**Dirección IP**

190.27.107.248

**Valor transacción**

\$ 413.300,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Referencia 1**

172.29.10.57

**Referencia 2**

CC

**Referencia 3**

11229759

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



### Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-12-15, 08:41:34 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2025
Empresa	JAIR HUMBERTO BONILLA QUESADA
CEDULA CIUDADANIA	CC 11229759
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1077772733
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	2008330670
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 413.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 227.800	\$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 178.000	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 7.500	\$ 0
<b>SubTotales:</b>				\$ 413.300	\$ 0
<b>Total a Pagar:</b>					\$ 413.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Página 1 de 1

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder  
de lo SIMPLE!



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 31 de diciembre del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)  
CGI

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:

<b>TI</b>	<b>1033188361</b>	<b>ISABELLA BONILLA RUIZ</b>	<b>Hijo(a)</b>
-----------	-------------------	------------------------------	----------------

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,

JAIR HUMBERTO BONILLA QUESADA  
C.C. 11229759

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

**NUIP** 1033188361

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **43778818**

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número <input type="text" value="07"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código <input type="text" value="007"/>
--	---	--	------------------------------------	--	--	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
**COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN**

**Datos del Inscrito**

Primer Apellido <b>BONILLA</b>			Segundo Apellido <b>RUIZ</b>		
Nombre(s) <b>ISABELLA</b>					
Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	<input type="text" value="2010"/>	Mes	<input type="text" value="001"/>	Día	<input type="text" value="22"/>
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			<b>FEMENINO</b>		
<b>COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN</b>					

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos <b>CERTIFICADO CLINICO</b>	Número certificado de nacido vivo <b>52162311-2</b>
---	--

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos <b>RUIZ ROJAS ALEXANDRA MARIA</b>	
Documento de identificación (Clase y número) <b>CC 43594248 MEDELLIN</b>	Nacionalidad <b>COLOMBIANA</b>

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos <b>BONILLA QUESADA JAIR HUMBERTO</b>	
Documento de identificación (Clase y número) <b>CC 11229759 GIRARDOT (CUND)</b>	Nacionalidad <b>COLOMBIANO</b>

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos <b>BONILLA QUESADA JAIR HUMBERTO</b>	
Documento de identificación (Clase y número) <b>CC 11229759 GIRARDOT (CUNDINAMARCA)</b>	

**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	<input type="text" value="2010"/>	Mes	<input type="text" value="001"/>	Día	<input type="text" value="26"/>
-----	-----------------------------------	-----	----------------------------------	-----	---------------------------------

Nombre y firma de la Autorizada  
**MARIA PAULINA MOLINA MEJIA (E)**  
Notaría Séptima Encargada

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -