



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 SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	11
Código Centro	940510
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	56707-934374

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	CLODOMIRO GALINDEZ SAMBONI	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	12.263.590	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	cgalindez0@misena.edu.co	Número de Cuenta:	24092417045
IP/Nº de contacto:		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:	7476778/2025	Nº Compromiso SIIF	28925	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestación de servicios profesionales de carácter temporal, con autonomía técnica, administrativa, financiera y tecnológica, para dar cumplimiento a los procesos formativos dirigidos a los aprendices en las competencias transversales vinculadas a la red de conocimiento de				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/12/2025	Al	23/12/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 3.526.291
Número de pago	11			Valor Total del Contrato:	\$ 48.141.538
Valor Bruto Pago:	\$ 3.526.291,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0

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

Ingresos por honorarios	\$ 3.526.291	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>\$ 3.526.291</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 1.900.855</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Diciembre	Noviembre	Base retención en la fuente a título de RENTA		TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	1077171279	Base retención en la fuente a título de ICA	1.900.855,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.233.700	\$ 1.839.804	Valor base IVA	3.174.591,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 154.300	\$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 197.400	\$ 294.400	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 6.500	\$ 9.700	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	30.667,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0%
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	\$ 1.143.153		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ 352.629		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 418.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 5.893.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$3.495.624,00</b>	

**SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE**

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

Obligación 1: Se desarrollaron actividades cursos formación complementaria y programas titulada con las siguientes ficha: -3388055 (18 hrs)-3388044 (18 hrs) -3230624 (04 hrs)-3170201(06 hrs) -3333356(18 hrs)-3230558 (20 hrs)
Obligación 2: Se orientó formación complementaria en Curso Servicio al Cliente a la ficha:-3388055 (18 hrs-15 aprendices) -3388044 (18 hrs-15 aprendices) 3388053(18 hrs-15 aprendices)
Obligación 4: Se registró los juicios de las fichas:3388055, 3388044, 3388053, 3170201, 3333356 y 3331663
Obligación 9: Se presentó informe mensual y demás documentos solicitados para la cuenta de cobro del mes objeto de cobro
Obligación 10: Certificado en el curso Planeación de Estrategias Pedagógicas y Técnicas Didácticas para la Formación Profesional y Elaboración de recurso didácticos.

**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

**CLODOMIRO GALINDEZ SAMBONI**  
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 periodo 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,

**OLGA LUCIA RUIZ FLOREZ**  
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**  
**JORGE ORLANDO VALLEJO SUAREZ**  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-16, 12:01:04 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1077171279

Periodo Cotización: noviembre de 2025 Periodo Servicio: noviembre de 2025

## PAGADO 05/12/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLODOMIRO GALINDEZ SAMBONI		
Documento	CC12263590	Dirección	CR 4BIS OESTE #33 - 43 LA PERSEVERANCIA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	9341865
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SN	UM	UMC	AMP	AC	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANE	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total		
CC 12263590	CLODOMIRO GALINDEZ SAMBONI	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.840.000	\$ 294.400	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.840.000	\$ 230.000	0,522	\$ 1.840.000	\$ 9.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 534.100

### III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.840.000	\$ 1.840.000	\$ 1.840.000	\$ 0	\$ 294.400	\$ 230.000	\$ 9.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 534.100	\$ 0	\$ 534.100







Versión: 05

Código:  
GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: CLODOMIRO GALINDEZ SAMBONI

IDENTIFICACIÓN

CIUDAD BOGOTÁ

FECHA

23 DE DICIEMBRE DE 2025

REGIONAL

BOGOTÁ

12,263,590

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:

SEDES - CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:

CO1.PCCNTR.7476778 del 13 FEBRERO 2025

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO

CESIÓN

LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO

TERMINACIÓN UNILATERAL

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC		Néstor Alfonso Puerto Jiménez	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		Olga Lucía Ruiz Flórez	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		No se le entregó carné en el 2025	No aplica
ALMACÉN E INVENTARIOS		Generar reporte de <a href="https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx">https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx</a> y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		José Guillermo Cardozo Oliveros	
CONTABILIDAD		Carlos Andrés Perea Olave	
TESORERIA		Néstor William Avila Alfonso	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA		Olga Lucía Ruiz Flórez	
BIBLIOTECA	<input checked="" type="checkbox"/>	Sandy Geraldine Ota Ota	
OTRO		No aplica	No aplica
OTRO		No aplica	No aplica
SUPERVISOR DE CONTRATO		Olga Lucía Ruiz Flórez	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS:

Firma del Contratista

	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) CLODOMIRO GALINDEZ SAMBONI identificado(a) con CC. 12263590 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 15 de Diciembre de 2025 a las 21:21:24

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.



## PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

### FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

#### Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 de diciembre 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 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:

<b>T.I.</b>	<b>1031424983</b>	<b>DULCE MARIA GALINDEZ CUELTAN</b>	<b>HIJO</b>
-------------	-------------------	-------------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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,

*CLCS*

---

FIRMA

Nombre: Clodomiro Galíndez Samboní

C.C. 12262590

***NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO***

**REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES**



En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	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 doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1031424983

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 43573473

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina	
Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>
Número 11	Consultado <input type="checkbox"/>
Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>
Código A X D	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía	
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.	

Datos del inscrito			
Primer Apellido	Segundo Apellido		
GALINDEZ	CUELTAN		
Nombre(s)			
DULCE MARÍA			
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes SEP Día 03	FEMENINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10842100-0

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
CUELTAN VILLACORTE MARÍA HELENA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.531.229 DE BOGOTÁ	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
GALINDEZ SAMBONI CLODOMIRO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 12.263.590 DE PITALITO	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
GALINDEZ SAMBONI CLODOMIRO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 12.263.590 DE PITALITO	<i>[Firma]</i>

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 2011 Mes SEP Día 5	GUILLEM CHAVEZ CRISTANCHO

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario que hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

---



---



---

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

## FONDO NACIONAL DEL AHORRO S.A. HACE CONSTAR

Que, según el estado de cuenta procesado por el sistema, el (la) señor(a) **CLODOMIRO GALINDEZ SAMBONI**, identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA número **12.263.590** es beneficiario(a) de un **Crédito Hipotecario No. 1226359002** por valor de CIENTO SEIS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS CON 00/100 M/CTE \$106.752.000,00 y con corte a 21 de octubre de 2025, registra:

VALOR DE CUOTA:	<b>\$1.097.160,62</b>
VALOR DE SEGURO:	<b>\$49.052,59</b>
SALDO VENCIDO:	<b>\$0,00</b>
VALOR DEUDA TOTAL:	<b>\$95.435.934,17</b>

Con fecha de corte referida anteriormente, el crédito descrito se encuentra al día.

Dada en Bogotá a los veinte (20) días del mes de octubre de 2025.



**SANDRA VELEZ TANNUS**  
Gerente Cartera

Sede principal  
Cra. 65 No. 11 - 83 Puente Aranda, Bogotá - Colombia  
Teléfono: 601 307 7070  
Línea gratuita: 01 8000 52 7070  
Línea de legalización: 01 8000 12 3362

Punto de atención principal - Correspondencia  
Calle 12 No. 65 - 11  
Puente Aranda, Bogotá - Colombia  
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.  
Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Portal web: [www.fna.gov.co](http://www.fna.gov.co)  
Facebook: [www.facebook.com/FNAColombia](https://www.facebook.com/FNAColombia)  
Twitter: @FNAahorro  
[contactenos@fna.gov.co](mailto:contactenos@fna.gov.co)