

 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		73444-373460		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:		DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía		26.420.904		Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico:		dptrujillo83@sena.edu.co		Número de Cuenta:		22100004307	
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?						NO	
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						SI	
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:		7508084/2025	Nº Compromiso SIIF		41825	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 vinculadas a la red de conocimiento de Gestión Administrativa					
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		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.526.291		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.070.362		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Diciembre	Noviembre	Base retención en la fuente a título de RENTA		2.070.362,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	1078001640	Base retención en la fuente a título de ICA		3.120.491,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.423.500	\$ 1.839.804	Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 178.000	\$ 230.000	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 227.800	\$ 294.400	Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 7.500	\$ 9.700	Reteica - 8299 - BOGOTÁ		30.144,00	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		\$ -		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	\$ 690.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 8.730.000		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR		\$3.496.147,00	
SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Obligación 1: Desarrollar las actividades de aprendizaje derivadas del programa de formación asignado, conforme a las necesidades del servicio que se prestan en cualquiera de las cinco (5) jornadas académicas (mañana, tarde, noche fin de semana y/o madrugada) establecidos por la demanda de las ofertas educativas presenciales del centro de formación.							
Competencias del programa. - Resultados de aprendizaje de las competencias. y uso de herramientas digitales para el proceso formativo							
Se aplican estrategias de enseñanza, aprendizaje y seguimiento y evaluación a todas las fichas asignadas como queda en el informe contractual para las respectivas fichas asignadas.							
Según Planeación pedagógica propuesta para los mismos. Fichas: 2996761 - 3311643-2							
Total Horas Actividades académicas: 59.90 Horas - Otras Actividades: 62 Horas							
Total Horas: 121.90 Horas.							
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				DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,			
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.				SORAYA MENDOZA TARAZONA 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)							



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	2025-12-13, 10:19:33 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2025
Empresa	DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO
CEDULA CIUDADANIA	CC 26420904
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	8823712644 / 1078001640
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	\$ 585.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 294.400	\$ 2.500
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 230.000	\$ 1.900
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 19.300	\$ 200
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	1	\$ 36.800	\$ 400
SubTotales:				\$ 580.500	\$ 5.000
Total a Pagar:					\$ 585.500





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	2025-12-13, 10:18:54 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2025
Empresa	DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO
CEDULA CIUDADANIA	CC 26420904
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	8823712645 / 1078001644
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	\$ 580.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 294.400	\$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 230.000	\$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 19.300	\$ 0
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	1	\$ 36.800	\$ 0
SubTotales:				\$ 580.500	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 580.500





PAGOSIMPLE | CERTIFICADO DE PAGO ANUAL

Fecha Creación lunes, 15 de diciembre de 2025 12:19:26 PM

Empresa DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO

Nit 26420904

Período de consulta: 2025

DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO, fecha de consulta: 2025

Fecha de pago		2025-12-13					
Referencia pago/ Número planilla		8823712644 / 1078001640	Planilla Corregida				
Período de Cotización		202511	Nombre de la Sucursal				
Período de Servicio		202511	Código de la Sucursal				
Planilla de tipo		(I) PLANILLA INDEPENDIENTES	Tipo de Empleados		ACTIVO		
Nit	Código	Nombre Administradora		Afiliados	Valor Mora	Valor Aporte	Valor Pagado
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS		1	\$ 1.900	\$ 230.000	\$ 231.900
N800224808	230301	PORVENIR		1	\$ 2.500	\$ 294.400	\$ 296.900
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO		1	\$ 400	\$ 36.800	\$ 37.200
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS		1	\$ 200	\$ 19.300	\$ 19.500
Total Pagado							\$ 585.500

Fecha de pago		2025-12-13				
Referencia pago/ Número planilla		8823712645 / 1078001644	Planilla Corregida			
Período de Cotización		202512	Nombre de la Sucursal			
Período de Servicio		202512	Código de la Sucursal			
Planilla de tipo		(I) PLANILLA INDEPENDIENTES	Tipo de Empleados		ACTIVO	
Nit	Código	Nombre Administradora		Afiliados	Valor Mora	Valor Aporte
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS		1	\$ 0	\$ 230.000
N800224808	230301	PORVENIR		1	\$ 0	\$ 294.400
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO		1	\$ 0	\$ 36.800
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS		1	\$ 0	\$ 19.300
Total Pagado						\$ 580.500

Fecha de pago		2025-11-11					
Referencia pago/ Número planilla		8823621253 / 1077184271	Planilla Corregida				
Período de Cotización		202510	Nombre de la Sucursal				
Período de Servicio		202510	Código de la Sucursal				
Planilla de tipo		(I) PLANILLA INDEPENDIENTES	Tipo de Empleados		ACTIVO		
Nit	Código	Nombre Administradora		Afiliados	Valor Mora	Valor Aporte	Valor Pagado
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS		1	\$ 900	\$ 230.000	\$ 230.900
N800224808	230301	PORVENIR		1	\$ 1.200	\$ 294.400	\$ 295.600
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO		1	\$ 200	\$ 36.800	\$ 37.000
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS		1	\$ 100	\$ 19.300	\$ 19.400
Total Pagado							\$ 582.900

Fecha de pago		2025-10-16					
Referencia pago/ Número planilla		8823532543 / 1076483781	Planilla Corregida				
Período de Cotización		202509	Nombre de la Sucursal				
Período de Servicio		202509	Código de la Sucursal				
Planilla de tipo		(I) PLANILLA INDEPENDIENTES	Tipo de Empleados		ACTIVO		
Nit	Código	Nombre Administradora		Afiliados	Valor Mora	Valor Aporte	Valor Pagado
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS		1	\$ 2.000	\$ 230.000	\$ 232.000
N800224808	230301	PORVENIR		1	\$ 2.600	\$ 294.400	\$ 297.000
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO		1	\$ 400	\$ 36.800	\$ 37.200
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS		1	\$ 200	\$ 19.300	\$ 19.500
Total Pagado						\$ 585.700	

Fecha de pago		2025-09-12				
Referencia pago/ Número planilla		8823444142 / 1075620565	Planilla Corregida			
Período de Cotización		202508	Nombre de la Sucursal			
Período de Servicio		202508	Código de la Sucursal			
Planilla de tipo		(I) PLANILLA INDEPENDIENTES	Tipo de Empleados		ACTIVO	
Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Mora	Valor Aporte	Valor Pagado
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 1.500	\$ 230.000	\$ 231.500
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 1.900	\$ 294.400	\$ 296.300
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	1	\$ 300	\$ 36.800	\$ 37.100
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	\$ 200	\$ 19.300	\$ 19.500
Total Pagado						\$ 584.400

Fecha de pago		2025-08-12				
Referencia pago/ Número planilla		8823143928 / 1073880750	Planilla Corregida			
Período de Cotización		202507	Nombre de la Sucursal			
Período de Servicio		202507	Código de la Sucursal			
Planilla de tipo		(I) PLANILLA INDEPENDIENTES	Tipo de Empleados		ACTIVO	
Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Mora	Valor Aporte	Valor Pagado
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 1.200	\$ 230.000	\$ 231.200
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 1.500	\$ 294.400	\$ 295.900
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	1	\$ 200	\$ 36.800	\$ 37.000
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	\$ 100	\$ 19.300	\$ 19.400
Total Pagado						\$ 583.500

Fecha de pago		2025-06-19				
Referencia pago/ Número planilla		8823143928 / 1073352281	Planilla Corregida			
Período de Cotización		202506	Nombre de la Sucursal			
Período de Servicio		202506	Código de la Sucursal			
Planilla de tipo		(I) PLANILLA INDEPENDIENTES	Tipo de Empleados		ACTIVO	
Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Mora	Valor Aporte	Valor Pagado
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 0	\$ 230.000	\$ 230.000
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 0	\$ 294.400	\$ 294.400
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	1	\$ 0	\$ 36.800	\$ 36.800
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	\$ 0	\$ 19.300	\$ 19.300
Total Pagado						\$ 580.500

Fecha de pago		2025-06-12				
Referencia pago/ Número planilla		8823143928 / 1072689359	Planilla Corregida			
Período de Cotización		202505	Nombre de la Sucursal			
Período de Servicio		202505	Código de la Sucursal			
Planilla de tipo		(I) PLANILLA INDEPENDIENTES	Tipo de Empleados		ACTIVO	
Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Mora	Valor Aporte	Valor Pagado
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 1.200	\$ 230.000	\$ 231.200
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 1.600	\$ 294.400	\$ 296.000
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	1	\$ 200	\$ 36.800	\$ 37.000
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	\$ 100	\$ 19.300	\$ 19.400
Total Pagado						\$ 583.600

Fecha de pago		2025-05-14				
Referencia pago/ Número planilla		8823143928 / 1072689157	Planilla Corregida			
Período de Cotización		202504	Nombre de la Sucursal			
Período de Servicio		202504	Código de la Sucursal			
Planilla de tipo		(I) PLANILLA INDEPENDIENTES	Tipo de Empleados		ACTIVO	
Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Mora	Valor Aporte	Valor Pagado
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 1.400	\$ 230.000	\$ 231.400
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 1.800	\$ 294.400	\$ 296.200
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	1	\$ 300	\$ 36.800	\$ 37.100
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	\$ 200	\$ 19.300	\$ 19.500
Total Pagado						\$ 584.200



Fecha de pago		2025-04-09				
Referencia pago/ Número planilla		8822997708 / 1071305501	Planilla Corregida			
Período de Cotización		202503	Nombre de la Sucursal			
Período de Servicio		202503	Código de la Sucursal			
Planilla de tipo		(I) PLANILLA INDEPENDIENTES	Tipo de Empleados		ACTIVO	
Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Mora	Valor Aporte	Valor Pagado
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 1.100	\$ 230.000	\$ 231.100
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 1.400	\$ 294.400	\$ 295.800
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	1	\$ 200	\$ 36.800	\$ 37.000
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	\$ 100	\$ 19.300	\$ 19.400
Total Pagado						\$ 583.300

Fecha de pago		2025-03-19				
Referencia pago/ Número planilla		8822997708 / 1071305258	Planilla Corregida			
Período de Cotización		202502	Nombre de la Sucursal			
Período de Servicio		202502	Código de la Sucursal			
Planilla de tipo		(I) PLANILLA INDEPENDIENTES	Tipo de Empleados		ACTIVO	
Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Mora	Valor Aporte	Valor Pagado
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 2.200	\$ 230.000	\$ 232.200
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 2.800	\$ 294.400	\$ 297.200
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	1	\$ 400	\$ 36.800	\$ 37.200
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	\$ 200	\$ 19.300	\$ 19.500
Total Pagado						\$ 586.100

Fecha de pago		2025-02-25				
Referencia pago/ Número planilla		8822932085 / 1070665665	Planilla Corregida			
Período de Cotización		202501	Nombre de la Sucursal			
Período de Servicio		202501	Código de la Sucursal			
Planilla de tipo		(I) PLANILLA INDEPENDIENTES	Tipo de Empleados		ACTIVO	
Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Mora	Valor Aporte	Valor Pagado
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	\$ 2.500	\$ 178.000	\$ 180.500
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 3.200	\$ 227.800	\$ 231.000
N860007336	CCF22	COLSUBSIDIO	1	\$ 400	\$ 28.500	\$ 28.900
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	\$ 300	\$ 14.900	\$ 15.200
Total Pagado						\$ 455.600



CERTIFICADO DEPENDIENTES

Bogotá DC 13 de diciembre de 2025

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Bogotá DC.

**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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene la calidad de dependiente a mi cargo:

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO	NOMBRE	PARENTESCO
TI.	1076914885	MATEO TORRES TRUJILLO	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: DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO

Documento: 26.420.904 DE NEIVA(H).

Bogotá DC. 13/Diciembre/2025

Señores

Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)

Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano (para las Regionales)

Servicio Nacional de

Aprendizaje SENA Ciudad

Asunto: Solicitud deducible
retención en fuente por
dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	Documento Identidad	Calidad del Dependiente
		1. Hijos menores 18 años. X 2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años. 3. Hijos mayores a 18 años con dependencia por factores físicos o psicológicos. 4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos. 5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.
MATEO TORRES TRUJILLO	Ti. 1076914885	Hijos menores 18 años.

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO
CC. 26.420.904 DE NEIVA (H).

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento ☒
- Certificado de estudios. ☐
- Certificado contador público. ☐
- Certificado medicina legal. ☐

GTH-F-088 V03



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, diciembre 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:

TI	1076914885	MATEO TORRES TRUJILLO	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,

DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO
C.C. 26.420.904

	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 documento 26420904 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 2 de Diciembre de 2025 a las 10:06:28

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.



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

NUIP

1076914885

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

52962380

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría

Notaría

Número

Consultorio

Corregimiento

Inspección de Policía

Código

K

5

W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA

HUILA

NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido

TORRES

Segundo Apellido

TRUJILLO

Nombre(s)

MATEO

Fecha de nacimiento

Año

20

13

Mes

SE

P

Día

23

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA

HUILA

NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

12268222-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TRUJILLO DELGADO DIANA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 26.420.904 NEIVA

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

TORRES PEÑA EDUBIN

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 7.688.181 NEIVA

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TRUJILLO DELGADO DIANA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 26.420.904 NEIVA

Firma

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

20

13

Mes

SE

P

Día

30

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CARLOS ENRIQUE POLANIA FIERRO

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CARLOS ENRIQUE POLANIA FIERRO

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 28 FOLIO 263

EL SUSCRITO NOTARIO DEL CÍRCULO DE NEIVA CERTIFICA QUE EL PRESENTE REGISTRO ES FOTOCOPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITU DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 115 DECRETO 1260 DE 1970.

CARLOS ENRIQUE POLANIA FIERRO
NOTARIO TERCERO DEL CÍRCULO DE NEIVA.

30 SET. 2013

ORIGINAL PARA LA ORIGINAL DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.076.914.885**

TORRES TRUJILLO

APELLIDOS
MATEO

NOMBRES

m a t e o t o r r e s

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-2013**

NEIVA
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO
23-SEP-2031

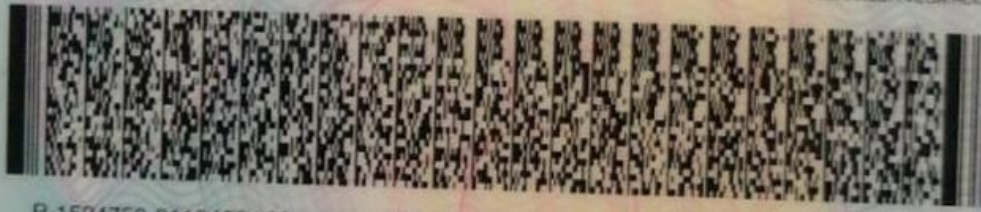
FECHA DE VENCIMIENTO
26-NOV-2020 SOACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ M
G S RH SEXO

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO



P-1524750-01184294-M-1076914885-20201202 0072670740A 1 8501065393



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: DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO

IDENTIFICACIÓN

CIUDAD	BOGOTÁ	FECHA	23 DE DICIEMBRE DEL 2025	REGIONAL	BOGOTÁ	26.420.904
--------	--------	-------	--------------------------	----------	--------	------------

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS BOGOTÁ D.C. - CALLE 65 No. 13-10

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.7508084 17 de febrero del 2025

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO

X

CESIÓN

LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO

TERMINACIÓN UNILATERAL

DEPENDENCIA SENA

Marcar con x

RESPONSABLES

GESTIÓN DE TIC

ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS

ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación)
SECRETARÍA GENERAL

ALMACÉN E INVENTARIOS

SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)

CONTABILIDAD

TESORERÍA

COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA

BIBLIOTECA

OTRO

OTRO

SUPERVISOR DE CONTRATO

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

OTROS:

Firma del Contratista