



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 FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	940310
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	48457-551796

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JAIR ANTONIO ROZO VASQUEZ	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	86.061.360	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	jaroza@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0550488421513877
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:	7459916/2025	Nº Compromiso SIIF	17125	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES:PRESTAR TEMPORALMENTE LOS SERVICIOS PROFESIONALES, EN LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES DEL SENA, Y CONSTRUCCIÓN Y REVISIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, EN LAS ÁREA(S) CLAVE SERVICIOS A LA SALUD GESTIÓN DE				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/12/2025	Al	06/12/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 968.000
Número de pago	11			Valor Total del Contrato:	\$ 47.593.333
Valor Bruto Pago:	\$ 968.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 968.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 1.876.925	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.844.925	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 1.858.732	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Diciembre	Noviembre			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	91793000	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.858.732,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 284.700	\$ 1.936.000	Base retención en la fuente a título de ICA	2.763.725,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 35.600	\$ 242.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 45.600	\$ 309.800	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	\$ 1.500	\$ 10.200	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	26.698,00	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	\$ 284.493	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$36.062.775	\$ 619.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$10.460.000	-		0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$941.302,00	

SON: NOVECIENTOS CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

- 1 Se aplicó pruebas de conocimiento desempeño y producto a 46 candidatos de DISPENSARIOS DE SANIDAD MILITAR TOLEMAIDA
- 2 Se aplicó pruebas de conocimiento desempeño y producto a 20 candidatos del cuerpo de bomberos voluntarios de TIBASOSA
- 3 Se aplicó pruebas de conocimiento desempeño y producto a 24 candidatos del cuerpo de bomberos voluntarios de GUAMAL
- 4 Se termina con la construcción de ítems para el P 9209 en la norma 260402012 Inspeccionar infraestructura
- 5 Se realiza cierre del proceso de certificación de los 40 Candi datos DISPENSARIO SANIDAD MILITAR TOLEMAIDA
6. Informe de proyectos Verificados Asistir personas de acuerdo con guías de atención y protocolos de primer respondiente

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 ANTONIO ROZO VASQUEZ
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,

MARTHA IRENE TELLEZ BAREÑO
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
CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	86061360	JAIR ANTONIO ROZO VASQUEZ		CALLE 98B SSUR 55-40	3166245521	olgalucia.82@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO	

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	
2025-11	2025-11	I	28/11/2025	91793000	\$590.900	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	320.000	0	0	0	0	0	0	0	320.000	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	20.900				20.900	0	0	20.900			209	20.900	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	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	20.900	20.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	590.900	590.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	86061360	JAIR ANTONIO ROZO VASQUEZ		CALLE 98B SSUR 55-40	3166245521	olgalucia.82@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	

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				
2025-11	2025-11	\$590.900				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	86061360	ROZO VASQUEZ JAIR ANTONIO	57	0	N																		230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS002	2.000.000	250.000	14-23	2.000.000	2	20.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	86061360	JAIR ANTONIO ROZO VASQUEZ		CALLE 98B SSUR 55-40	3166245521	olgalucia.82@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			META	VILLAVICENCIO	
						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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	12/12/2025	92319935	\$428.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	181.300	0		0		0	0	0	0	181.300	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	
230301	Porvenir	800224808-8	232.000	0	0	0	0	0	0	0	232.000	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	15.200				15.200	0	0	15.200			152	15.200	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	181.300	181.300
Pensión	1	232.000	232.000
Riesgos Laborales	1	15.200	15.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	428.500	428.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	86061360	JAIR ANTONIO ROZO VASQUEZ		CALLE 98B SSUR 55-40	3166245521	olgalucia.82@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	
						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				
2025-12	2025-12	1	12/12/2025	92319935	\$428.500	

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	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	86061360	ROZO VASQUEZ JAIR ANTONIO	57	0			N																	230301	1.450.000	232.000	0	0	0	0	EPS002	1.450.000	181.300	14-23	1.450.000	2	15.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA




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: JAIR ANTONIO ROZO VASQUEZ						IDENTIFICACIÓN
CIUDAD	BOGOTA D.C.	FECHA	06/12/2025	REGIONAL	DISTRITO CAPITAL	86.061.360
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:		Carrera 6 # 45 52, Centro De Formación De Talento Humano En Salud				
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		CO1.PCCNTR.7459916 DE 2025				
CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO						
LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	<input checked="" type="checkbox"/>	CESIÓN	<input type="checkbox"/>	LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO	<input type="checkbox"/>	TERMINACIÓN UNILATERAL
DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES				
		NOMBRES Y APELLIDOS			FIRMA	
GESTIÓN DE TIC	<input checked="" type="checkbox"/>	MIGUEL ANGEL CEPEDA DUARTE			 Firmado digitalmente por Miguel Angel Cepeda Duarte Fecha: 2025.12.15 14:48:35 -0500	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	<input checked="" type="checkbox"/>	MARIA PAULA MORALES SARMIENTO (Solo para administrativos)			 Firmado digitalmente por Maria Paula Morales Fecha: 2025.12.15 15:21:16 -0500	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	MARTA IRENE TELLEZ				
ALMACÉN E INVENTARIOS		Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.				
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	<input checked="" type="checkbox"/>	YEBRAIL DURAN AVILA			 Firmado digitalmente por Yebrail Duran Avila Fecha: 2025.12.15 14:10:13 -0500	
CONTABILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	NATALIA STEFFANIA MONTENEGRO/ LUZ KARIME LOPEZ			Natalia Steffania Montenegro Ortiz Firmado digitalmente por Natalia Steffania Montenegro Ortiz Fecha: 2025.12.15 13:59:50 -0500	
TESORERIA	<input checked="" type="checkbox"/>	DIANA MARCELA CARMONA			 LOPEZ GARCIA LUZ KARIME 2025.12.16 08:37:24 -0500	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ACADEMICA	<input checked="" type="checkbox"/>	MARTA IRENE TELLEZ				
BIBLIOTECA	<input checked="" type="checkbox"/>	ROSA TULIA MOLANO O LEONOR JIMENEZ CUELLAR				
AULA DE SIMULACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	EDINSON ELIAUDE CASTILLA				
OTRO						
SUPERVISOR DE CONTRATO	<input checked="" type="checkbox"/>	MARTA IRENE TELLEZ				
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) JAIR ANTONIO ROZO VASQUEZ identificado(a) con CC. 86061360 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 11 de Diciembre de 2025 a las 14:22:30

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.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 diciembre 2025

Señores
SERVICIO NACIONAL DE
APREDIZAJE (SENA)
Ciudad Bogotá D.C.

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:

T.I.	1123815186	Valentina Rozo Medina	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: JAIR ANTONIO ROZO VASQUEZ
C.C. 86061360 Villavicencio



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

55744950

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial

NUIP 1.123.815.186



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número 04 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código X H

Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 4 VILLAVICENCIO - COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido: **ROZO** Segundo Apellido: **MEDINA**

Nombre(s): **VALENTINA**

Fecha de nacimiento: Año **2015** Mes **JUL** Día **14** Sexo (en letras): **FEMENINO** Grupo sanguíneo: **0** Factor RH: **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): **COLOMBIA META VILLAVICENCIO**

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: **ESCRITURA PUBLICA** Número certificado de nacido vivo: **1301**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: **RICO MEDINA OLGA LUCIA**

Documento de identificación (Clase y número): **CC 40.217.930** Nacionalidad: **COLOMBIA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: **ROZO VASQUEZ JAIR ANTONIO**

Documento de identificación (Clase y número): **CC 86.061.360** Nacionalidad: **COLOMBIA**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: **ROZO VASQUEZ JAIR ANTONIO**

Documento de identificación (Clase y número): **CC 86.061.360** Firma: *Jair Antonio Rozo*

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: _____ Firma: _____

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: _____ Firma: _____

Fecha de inscripción: Año **2015** Mes **NOV** Día **24**

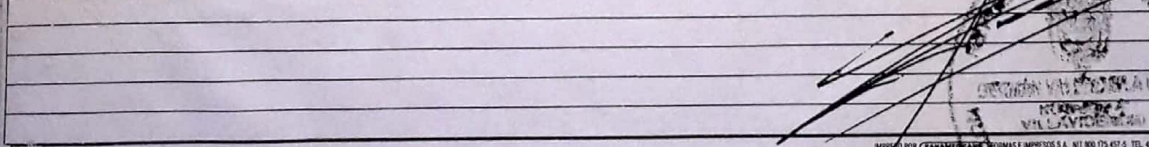
Nombre y firma del funcionario que autoriza: **GERMAN VALENZUELA REAL** NOTARIO

Reconocimiento paterno: _____ Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: _____

Firma: _____ Nombre y firma: _____

ESPACIO PARA NOTAS

24 NOV. 2015 - SERIAL REEMPLAZA A - 0055744604 - 21 JUL. 2015 - CAMBIO DE NOMBRE - CAMBIO DEL SEGUNDO APELLIDO DEL INSCRITO.



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO