



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)

DIRECCIÓN GENERAL
SENA FONDO EMPRENDER

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

Código Regional	1
Código Centro	505255
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	46709-308487

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	91.472.391	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	droamartinez@gmail.com	Número de Cuenta:	81400000684
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	SI
¿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:	8407700/2025	Nº Compromiso SIIF	13625	Número de pagos durante la vigencia del contrato	3
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES:01-9-2025-096660,PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES DE NEGOCIO ASIGNADOS POR EL FONDO EMPRENDER, VALIDANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y CRITERIOS ESTABLECIDOS DE A				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 14.960.000
Número de pago	2			Valor Total del Contrato:	\$ 17.600.000
Valor Bruto Pago:	\$ 8.800.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 6.160.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 8.800.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	1,63%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 84.074
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 8.800.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 5.173.400	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 84.074

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

	Noviembre	Octubre			TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	92359791	Base retención en la fuente a título de RENTA	5.173.400,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 3.520.000	\$ 427.050	Base retención en la fuente a título de ICA	7.796.800,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 440.000	\$ 53.400	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 563.200	\$ 68.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	84.074,00	1,63%
ARL	\$ 18.400	\$ 2.300	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	75.317,00	0,966%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-	Otras Retenciones	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	\$ 880.000	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 9.835.302	\$ 1.725.000	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 563.000	-	VALOR A PAGAR	\$8.640.609,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-			

SON: OCHO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se emitió un concepto integral de viabilidad por proyecto, sustentado en la información consignada en el plan y en los criterios de Fe
Se revisaron requisitos mínimos de cada proyecto (perfil del emprendedor, topes de financiación, aportes, sector, etc.) contrastándolos
Se aplicaron los criterios y ponderaciones diferenciales definidos para proyectos de creación y de fortalecimiento, respetando los lín
Se elaboró una nota técnica interna indicando las causales de cumplimiento o no para que el SENA contara con soporte en sus decisiones
Los conceptos y reportes consolidados se socializaron y cargaron en el sistema institucional dentro de los plazos definidos por Fondo
Por cada uno de los 60 planes se diligenció el formato oficial de evaluación, incluyendo calificaciones, observaciones y concepto fina
Se generó un informe consolidado con el resumen de resultados de los 60 proyectos (viabiles, no viabiles y principales observaciones).
Se participó en las reuniones de coordinación convocadas por la Coordinación Nacional de Emprendimiento para socializar avances, di f

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

DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ
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,

JOHN JAIRO LORA PINZON
ASESOR 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
ELSA AURORA BOHORQUEZ VARGAS
DIRECTORA DE EMPLEO Y TRABAJO



iPan Panaderia
 Diego Mauricio Roa Martínez - NIT 91472391-0
 Carrera 41 # 46 - 112, Bucaramanga, Santander, C.P. 680002
 Tel: +573112643264
 panaderiaipan@gmail.com ;

FACTURA ELECTRÓNICA DE
 VENTA

No. DG1046
 No responsable de IVA

SEÑOR(ES) SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FECHA DEL DOCUMENTO (DD/MM/AA)
DIRECCIÓN calle 57 # 8 - 69, Colombia, Bogotá, D.C., Bogotá D.C.	27/12/2025
TELÉFONO 5461500	FECHA DE VENCIMIENTO
NIT 899999034-1	27/12/2025

ID	Ítem	Unidad	Precio	Cantidad	Descuento	Total
1	Prestar los servicios profesionales especializados para la evaluación de los planes de negocio asignados por el Fondo Emprender, validando el cumplimiento	Servicio	\$8.800.000	1		\$8.800.000



Moneda: COP
 Generado: 2025-12-27 08:36:00-05:00
 Validación DIAN: 2025-12-27 08:37:01-05:00
 Tipo de operación: Estándar
 Forma de pago: Contado
 Medio de pago: Transferencia débito

#\$36-02-00-001-0000;O1.PCCNTR.8407700;jjlorap@sena.edu.co#\$

CUFE: 72f616a054f540eec4ed4df3daad1faee50f23049611e5537780dff6e6497d4b5405122dd51837772a3b2b903777a032

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el Art. 774 del código de comercio. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobraran intereses por mora.

Subtotal	\$8.800.000
Total	\$8.800.000

Total de líneas: 1

ELABORADO POR

ACEPTADA, FIRMA Y/O SELLO Y FECHA

Autorización de numeración de facturación N° 18764098684482 de 2025-09-16 Modalidad Factura Electrónica Desde N° DG1041 hasta DG1300 con vigencia hasta 2026-03-16

Representación gráfica de factura de venta electrónica

Proveedor tecnológico: Soluciones Alegria S.A.S - Software: Alegria - NIT 900.559.088-2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91472391	DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ		carrera 56 # 74 - 191 casa E6	3112643264	droamartinez@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						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	
2025-10	2025-10	I	15/12/2025	92359791	\$418.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	20	2.300	0	180.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	20	2.900	0	230.700	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	7.500				7.500	20	100	7.600			75	7.600	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	20	0	0	0
ICBF				
0	20	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	178.000	180.300
Pensión	1	227.800	230.700
Riesgos Laborales	1	7.500	7.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	418.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91472391	DIEGO MAURICIO ROA MARTINEZ		carrera 56 # 74 - 191 casa E6	3112643264	droamartinez@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						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	
2025-10	2025-10	I	15/12/2025	92359791	\$418.600		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	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	91472391	ROA MARTINEZ DIEGO MAURICIO	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 15 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:

T.I.	1099745031	Gabriela Roa González	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: Diego Mauricio Roa Martínez

C.C. 91472391

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.099.745.031**

ROA GONZALEZ

APELLIDOS

GABRIELA

NOMBRES

Gabriela Roa G

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-AGO-2011**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

06-AGO-2029

FECHA DE VENCIMIENTO

28-DIC-2018 BUCARAMANGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O- F
G S RH SEXO

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2700150-01070065-F-1099745031-20190328

0065008481A 1

51899071



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

NUIP 1099745031

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

51316366

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaria Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código **Q Z D**

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: **ROA** Segundo Apellido: **GONZALEZ**
Nombre(s): **GABRIELA**

Fecha de nacimiento: Año **2 0 1 1** Mes **A G O** Día **0 6** Sexo (en letras): **Femenino** Grupo sanguíneo: Factor RH:

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: **CERTIFICADO DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo: **10759637-7**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: **GONZALEZ PINTO ERIKA ALCIRA**

Documento de identificación (Clase y número): **CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 63.545.510** Nacionalidad: **COLOMBIANA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: **ROA MARTINEZ DIEGO MAURICIO**

Documento de identificación (Clase y número): **CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 91.472.391** Nacionalidad: **COLOMBIANO**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: **ROA MARTINEZ DIEGO MAURICIO**

Documento de identificación (Clase y número): **CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 91.472.391** Firma:

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: *****

Documento de identificación (Clase y número): ***** Firma: **EEA/422391**

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: *****

Documento de identificación (Clase y número): ***** Firma: *****

Fecha de inscripción: Año **2 0 1 1** Mes **A G O** Día **1 0**

Nombre y firma del funcionario que autoriza:
SYLVIA STELLA RUGELES DE RUGELES
Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -