



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

OFICINA DE SISTEMAS - MODERNIZACIÓN DE AMBIENTES

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

Código Regional	1
Código Centro	101001
Fecha Elaboración	Marzo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	46166-954851

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	EZEQUIEL ALBERTO BOCANEGRA VERGARA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.094.947.237	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	ebocanegrav@sena.edu.co	Número de Cuenta:	86553194247
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 2025	NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a \$209.496.000 (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:	8945444/2026	Nº Compromiso SIIF	69726	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST.:9-2026-003085-PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA PLANIFICACIÓN, GESTIÓN Y MONITOREO DE LOS SERVICIOS TECNOLÓGICOS EN EL MARCO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/03/2026	Al	31/03/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 53.045.000
Número de pago	3	Valor Total del Contrato:	\$ 61.178.566	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 47.740.500
Valor Bruto Pago:	\$ 5.304.500,00				
<b>RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>					
Ingresos por honorarios	\$ 5.304.500	Ninguno	0,00%		
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 5.304.500</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>		
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 3.118.150</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>		

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

	Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	36644844	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.118.150,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.121.800	\$ 2.121.800	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 265.300	\$ 265.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 339.500	\$ 339.500	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	\$ 11.100	\$ 11.100	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - ARMENIA	0,00	0,00%
				0,00	0%
				0,00	0%
				0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC y AVC	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,00%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,00%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,00%
Dependientes hasta	\$ 530.450		Otras Retenciones	0,00	0,00%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,00%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 1.040.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.613.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$ 5.304.500,00</b>	

**SON: CINCO MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE**

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

Orienté a los Usuarios en gestión TIC, herramientas ofimáticas y en la política de seguridad de la Información  
 Brindé apoyo a la Oficina de Sistemas DG en transición tecnológica implementada en la Regional  
 Brindé seguimiento y atención a solicitudes TIC realizadas por medio de mesadeservicio@sena.edu.co  
 Realicé inventario de los equipos de redes implementados en la Regional  
 Revisé lineamientos para estar alineados con los objetivos del PETIC y Gobierno Digital  
 Brindé el acompañamiento TIC correspondiente al Despacho Regional y Centros de Formación  
 Acompañé y Participé de eventos SIGA enfocados en el Sistemas de Gestión de Seguridad y Privacidad de la Información

**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

**EZEQUIEL ALBERTO BOCANEGRA VERGARA  
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,

**MARIA OFELIA GALLO SISA  
TECNICO G02**

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  
JUAN CARLOS CORTES GOMEZ  
JEFE OFICINA DE SISTEMAS (E)**

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1094947237 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA	CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL	
Período pensión: 2026-02	230201	800229739	PROTECCION	1	0	280.200	0	280.200	
Período salud: 2026-02	EPS010	800088702	EPS SURA	1	0	218.900	0	218.900	
Planilla Nro.: 36319866 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	9.200	0	9.200	
Clase de aportante: I	CCF43	890000381	COMFENALCO QUINDIO	1	0	29.600	0	29.600	
Fecha transacción: 2026-03-06	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0	
Banco: BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0	
Transacción: 118044709	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0	
	PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0	
<b>GRAN TOTAL</b>							<b>\$ 537.900</b>		

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA	CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL	
Período pensión: 2026-02	230201	800229739	PROTECCION	1	0	59.300	0	59.300	
Período salud: 2026-02	EPS010	800088702	EPS SURA	1	0	46.400	0	46.400	
Planilla Nro.: 36644844 Tipo N	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	1.900	0	1.900	
Clase de aportante: I	CCF43	890000381	COMFENALCO QUINDIO	0	0	0	0	0	
Fecha transacción: 2026-03-06	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0	
Banco: BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0	
Transacción: 118199737	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0	
	PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0	
<b>GRAN TOTAL</b>							<b>\$ 107.600</b>		

PAGADO



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, marzo de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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:

<b>NUIP - NIP</b>	<b>1092866315</b>	<b>Joaquín Bocanegra Valencia</b>	<b>HIJO</b>
-------------------	-------------------	-----------------------------------	-------------

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,

Ezequiel Alberto Bocanegra Vergara  
C.C. 1094947237



**REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**  
**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo  
Serial

58078396

NUIP 1092866315



\* 5 8 0 7 8 3 9 6 \*

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número 05 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código 5 0 1 1

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
COLOMBIA / QUINDÍO / ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido **BOCANEGRA** Segundo Apellido **VALENCIA**

Nombre(s) **JOAQUÍN**

Fecha de nacimiento Año 2 0 2 2 Mes S E P Día 0 1 Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo sanguíneo **O** Factor RH **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)  
COLOMBIA / QUINDIO / ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos **CERTIFICADO DE NACIDO VIVO\* \* \* \* \*** Número certificado de nacido vivo **22097510068693**

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos **VALENCIA AGUDELO LAURA\* \* \* \* \***

Documento de identificación (Clase y número) **C.C. 1.088.341.371 PEREIRA\* \* \* \* \*** Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos **BOCANEGRA VERGARA EZEQUIEL ALBERTO\* \* \* \* \***

Documento de identificación (Clase y número) **C.C.1.094.947.237 ARMENIA\* \* \* \* \*** Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **BOCANEGRA VERGARA EZEQUIEL ALBERTO\* \* \* \* \***

Documento de identificación (Clase y número) **C.C.1.094.947.237 ARMENIA\* \* \* \* \*** 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 2 0 2 2 Mes S E P Día 0 5

Nombre y firma del funcionario que autoriza **JOSE RAMIRO GARCIALADINO**

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Este formulario es propiedad de la Registraduría Nacional del Estado Civil