



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 HUILA

CENTRO AGROEMPRESARIAL Y DESARROLLO PECUARIO DEL HUILA

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

Código Regional	41
Código Centro	952510
Fecha Elaboración	Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	74147-262229

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JAIME HERNAN TEJADA LLANO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	71.213.779	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	jhtejada@sena.edu.co	Número de Cuenta:	10133151180
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	SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			
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)			
¿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:	9148077/2026	Nº Compromiso SIIF	14526	Número de pagos durante la vigencia del contrato	8
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	"Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión, de carácter temporal, como Experto Temático, para elaborar el diseño y desarrollo curricular, así como los contenidos temáticos, documentos generales, guías y demás recursos asociados a los programas de formación de la RED TIC en modalidad virtual y a distancia, en concordancia con los lineamientos de la Dirección de Formación				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/04/2026	Al	30/04/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 23.329.500
Número de pago	3			Valor Total del Contrato:	\$ 32.445.000
Valor Bruto Pago:	\$ 4.635.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 18.694.500

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.635.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.635.000		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.725.300	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Abril	Marzo			TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	85050849-85139	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.725.300,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.854.000	\$ 1.854.000	Base retención en la fuente a título de ICA	4.635.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 231.800	\$ 231.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 296.700	\$ 296.700	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	\$ 9.700	\$ 9.700	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 7490 - NEIVA	0,00	0,000%
			Reteica - 7490 - GARZON	27.810,00	0,600%
				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	0,000%
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	\$ 463.500	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 27.583.640	\$ 908.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.786.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$4.607.190,00	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL CIENTO NOVENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atender de manera diaria, diligente y oportuna las comunicaciones emitidas por los integrantes de la línea de producción y líder
Revisión y ajustes de la PLANTILLA DISEÑO CURRICULAR PROGRAMA DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL 22810025
Elaboración documentos de autoría propia apoyados por bibliografías y recursos tecnológicos para garantizar la calidad de la formación
Creación de Componentes Formativos de autoría propia orientados a la formación profesional mediada por Ambientes Virtuales de Aprendizaje
Generación de materiales audiovisuales (imágenes y videos) atendiendo lineamientos técnicos y metodológicos
Elaboración cuentas de cobro y gestión de contrato, financiera y gestión administrativa de ley
Cumplimiento con la entrega de productos asignados en los tiempos definidos de acuerdo con el plan de trabajo
Apoyar a roles de validadores y par de Experto temático a través de medios de comunicación disponibles
Disponer de las herramientas necesarias para la realización de sus actividades entre ellas: conexión a internet y computador

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

JAIME HERNAN TEJADA LLANO
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,

EMILCEN GUTIERREZ NUÑEZ
PROFESIONAL 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
EILEEN KARINA CASTAÑEDA LOSADA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-04-15, 12:50:55 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2026
Empresa	JAIME HERNAN TEJADA LLANO
CEDULA CIUDADANIA	CC 71213779
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	85050849
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	224282944
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 531.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 286.800	\$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	\$ 224.100	\$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 9.400	\$ 0
N890900841	CCF04	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT	1	\$ 10.800	\$ 0

SubTotales: \$ 531.100 \$ 0
Total a Pagar: \$ 531.100



PAGADO 20/04/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAIME HERNAN TEJADA LLANO		
Documento	CC71213779	Dirección	AV 40 #51 - 110 APARTAMENTO 1410
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3006123770
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BELLO	Departamento	ANTIOQUIA
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	USL	SN	IG	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 71213779	JAIME HERNAN TEJADA LLANO	59	00									A									0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.792.200	\$ 286.800	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.792.200	\$ 224.100	0,522	\$ 1.792.200	\$ 9.400	(CCF04) COMFAMA	\$ 1.792.200	\$ 10.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 531.100
CC 71213779	JAIME HERNAN TEJADA LLANO	59	00								X	C									0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.854.000	\$ 296.700	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.854.000	\$ 231.800	0,522	\$ 1.854.000	\$ 9.700	(CCF04) COMFAMA	\$ 1.854.000	\$ 11.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 549.400

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
\$ 61.800	\$ 61.800	\$ 61.800	\$ 61.800	\$ 9.900	\$ 7.700	\$ 300	\$ 400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 18.300	\$ 0	\$ 18.300

Desde



Hasta



Tus movimientos

< Anterior Siguiente >

Fecha	Descripción	Referencia	Valor
20 abr 2026	PAGO PSE	239339674	-\$ 18.300,00
19 abr 2026	TRANSFERENCIA DE CUENTA A CUENTA	*****	\$ 1.000,00
19 abr 2026	DEPOSITO EN CUENTA	*****	\$ 1,00
19 abr 2026	DEPOSITO EN CUENTA	*****	-\$ 1.000,00
19 abr 2026	DEPOSITO EN CUENTA	*****	-\$ 1.000,00
19 abr 2026	TRANSFERENCIA DE CUENTA A CUENTA	*****	-\$ 1.000,00
19 abr 2026	DEPOSITO EN CUENTA	*****	\$ 1,00
19 abr 2026	DEPOSITO EN CUENTA	*****	-\$ 1.000,00
19 abr 2026	DEPOSITO EN CUENTA	*****	\$ 1,00



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 13 de febrero de 2026

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:

NUIP - NIP	1.020.246.682	Salomón Tejada Quiroz	HIJO
Cédula de ciudadanía	1.022.096.547	Paula Andrea Quiroz González	Compañera permanente

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- Cónyuge o compañero que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.



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: JAIME HERNAN TEJADA LLANO

C.C. 71213779



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **58106479**

NUIP **1020246682**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	<input type="checkbox"/>	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Número	<input type="checkbox"/>	Consulado	<input type="checkbox"/>	Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>	Código	A	5	L
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN NOTARIA 13 MEDELLIN * * * * *															

Datos del inscrito																			
Primer Apellido								Segundo Apellido											
TEJADA * * * * *								QUIROZ * * * * *											
Nombre(s)																			
SALOMÓN * * * * *																			
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo				Factor RH							
Año	2	0	2	4	Mes	D	I	C	Día	0	5	MASCULINO				A		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)																			
COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN * * * * *																			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos										Número certificado de nacido vivo					
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *										24125711230532 * *					

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															
QUIROZ GONZALEZ PAULA ANDREA * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)										Nacionalidad					
CC No. 1022096547 * * * * *										COLOMBIA * * * * *					

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															
TEJADA LLANO JAIME HERNAN * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)										Nacionalidad					
CC No. 71213779 * * * * *										COLOMBIA * * * * *					

Datos del declarante															
Apellidos y nombres completos															
TEJADA LLANO JAIME HERNAN * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)										Firma					
CC No. 71213779 * * * * *										<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	2	0	2	4	Mes	D	I	C	Día	1	0	DRA. TERESA AGUILAR RODRIGUEZ					

Reconocimiento paterno										Nombre y firma del funcionario que autoriza el reconocimiento					
<i>[Firma]</i>										TERESA AGUILAR RODRIGUEZ					
Firma										Nombre y firma del titular					
* * * * *										TERESA AGUILAR RODRIGUEZ					

OTRO: LV 141 FOLIO 241;10/12/2024															
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



NOTARIA TRECE (13) DE MEDELLIN
ES PIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL DEL FOLIO DEL REGISTRO CIVIL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA. VALIDAZ PARA TODOS LOS EFECTOS CIVILES. ARTIGULO 1 Y DECRETO 278 DE 1972).

10 DIC 2024

TERESA AGUILAR RODRIGUEZ
NOTARIA TRECE (13)
DEL CIRCULO DE MEDELLIN



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.096.547**

QUIROZ GONZALEZ

APELLIDOS

PAULA ANDREA

NOMBRES

Paula Quiroz

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-JUL-1992**

ANTIOQUIA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

A+

G.S. RH

F

SEXO

19-AGO-2010 ANTIOQUIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0103100-00266937-F-1022096547-20101122

0024930143A 1

33142152

P-0103100-00500031-F-1055000247-50101155

0054830143A 1

33145125





Oficina Virtual de Radicación SENA

13 de Febrero de 2026



MINISTERIO DEL TRABAJO

[Inicio](#)

[Nueva Radicación](#)

[Consulta Radicación](#)

[Administración](#)

Información de Radicación

El número de radicado asignado es:

72026089349

También recibirá un correo electrónico con esta información.

Tenga en cuenta que nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., por lo tanto, si su solicitud esta fuera de este horario se empezara a procesar a partir del día hábil siguiente.

[REGRESAR AL INICIO](#)

Servicio Nacional de Aprendizaje
SENA - Dirección General
Calle 57 No. 8 - 69 Bogotá D.C.
(Cundinamarca), Colombia
Conmutador Nacional (57 1) 5461500 -
Extensiones
Atención presencial: lunes a viernes
8:00 a.m. a 5:30 p.m. - [Resto del país
sedes y horarios](#)
Atención telefónica: lunes a viernes
7:00 a.m. a 7:00 p.m. - sábados 8:00
a.m. a 1:00 p.m.
Atención al ciudadano: Bogotá (57 1)
3430111 - Línea gratuita y resto del
país 018000 910270
Atención al empresario: Bogotá (57 1)
3430101 - Línea gratuita y resto del
país 018000 910682
[Chat en línea](#)



SA-CERT0003



SC-CER03981-1



GE-CER007189

