



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  
DESPACHO DIRECCION

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

Código Regional	11
Código Centro	101000
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	55492-361357

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	MANUEL FERNANDO DIAZ ALDANA	Banco a consignar:	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	1.032.399.836	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	mdiaza@sena.edu.co	Número de Cuenta:	062800669
IP/Nº de contacto:	14487	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 2025	NO
¿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:	9277071/2026	Nº Compromiso SIIF	30426	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales para la implementación y desarrollo de la Ruta de Atención a la Población Vulnerable y las Víctimas de la Violencia, y articular acciones y estrategias a nivel interno y externo para dar				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 40.336.000
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 57.478.800
Valor Bruto Pago:	\$ 5.042.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 35.294.000

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 5.042.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 5.042.000</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.964.400</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	78126084	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.964.400,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.016.800	\$ 2.016.800	Base retención en la fuente a título de ICA	4.467.200,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 252.100	\$ 252.100	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 322.700	\$ 322.700	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	\$ 10.600	\$ 10.600	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - BOGOTÁ	43.153,00	0,966%
				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	0,000%
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	\$ 504.200		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 988.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.291.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.998.847,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

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

Articulación con Centros de Formación Profesional SENA de la Regional D.C.
Apoyar en la revisión de requerimientos remitidos por la Coordinación Nacional de Empleo.
Apoyar en la proyección de derechos de petición.
Articulación con entidades del orden nacional y distrital para la promoción y divulgación de servicios SENA.
Articulación con los diferentes procesos de la A.P.E. Regional D.C. en pro de la atención de poblaciones vulnerables.
Participación en diversos escenarios convocados por parte de la Coordinación Nacional de Empleo.
Articulación con el Ministerio de la Igualdad y Equidad en el marco del programa Jóvenes en Paz.
Participación en jornada convocada por la CNE de estrategias para la atención a la población vulnerable y víctima del conflicto armado
Articulación con la Oficina Consejería de Paz, Víctimas, Paz y Reconciliación para hacer presencia en Centros de Encuentro.

**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

**MANUEL FERNANDO DIAZ ALDANA**  
**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,

**JORGE ALEXANDER CAÑÓN CASTAÑO**  
**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**  
**GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS**  
**DIRECTOR REGIONAL DISTRITO (E)**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032399836	MANUEL FERNANDO DIAZ ALDANA		CARRERA 24 - 27 - 24 APARTAMENTO 101	3152989066	manudiaz@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78126084	07/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$585.800	

## 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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	252.300	0		0		0	0	0	0	252.300	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	322.900	0	0	0	0	0	0		322.900	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	10.600				10.600	0	0	10.600			106	10.600	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	252.300	252.300
Pensión	1	322.900	322.900
Riesgos Laborales	1	10.600	10.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>585.800</b>	<b>585.800</b>





## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 14 de mayo 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:

T.I.	1104713075	Emiliano Díaz Ávila	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: Manuel Fernando Díaz Aldana

C.C. 1032399836

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

5 2 5 7 6 5 7 4

NUIP **1.104.713.075**

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **152576574**

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código **T 1 N**

**País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía**  
**REGISTRADURIA DE LIBANO - COLOMBIA - TOLIMA - LIBANO**

**Datos del inscrito**

Primer Apellido **DIAZ** Segundo Apellido **AVILA**  
 Nombre(s) **EMILIANO**

Fecha de nacimiento: Año **2018** Mes **AGO** Día **30** Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo sanguíneo **O** Factor RH **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)  
**COLOMBIA TOLIMA LIBANO**

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: **CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**

Número certificado de nacido vivo: **148444208**

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: **AVILA RUBIO DIANA CAROLINA**

Documento de Identificación (Clase y número): **CC 1.104.699.318**

Nacionalidad: **COLOMBIA**

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: **DIAZ ALDANA MANUEL FERNANDO**

Documento de Identificación (Clase y número): **CC 1.032.399.836**

Nacionalidad: **COLOMBIA**

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: **DIAZ ALDANA MANUEL FERNANDO**

Documento de Identificación (Clase y número): **CC 1.032.399.836**

Firma: *Manuel Fernando Diaz*

**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 **2018** Mes **SEP** Día **05**

Nombre y firma del funcionario que autoriza: **YENNY ANDREA TORRES OLIVEROS - RE**

Nombre y firma: *Yenny Andrea Torres Oliveros*

Reconocimiento paterno: *Manuel Fernando Diaz*

Firma: *Manuel Fernando Diaz*

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: *Yenny Andrea Torres Oliveros*

Nombre y firma: *Yenny Andrea Torres Oliveros*

**ESPACIO PARA NOTAS**

  
 REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL LIBANO-TOLIMA  
 EL SUSCRITO REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL  
 CERTIFICA:  
 QUE ES FIEL REPRODUCCION DEL ORIGINAL QUE HE TENIDO A LA VISTA Y QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA

**05 SEP 2018**



  
**YENNY ANDREA TORRES OLIVEROS**  
 Registrador del Estado Civil ( E )  
 SIN SELLO ART 11 DTO 2150 DE 1995

- ORIGEN: OFICINA DE REGISTRO -