



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 SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	11
Código Centro	940510
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	47822-229846

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	26.420.904	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	dptrujillo83@sena.edu.co	Número de Cuenta:	22100004307
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 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			SI
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:	8943864/2026	Nº Compromiso SIIF	8926	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar servicios personales temporales con autonomía técnica, administrativa, financiera y tecnológica, para apoyar los procesos de Formación Profesional Integral en competencias del area tematica de Gestión				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 35.531.228
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 50.059.552
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 30.793.731

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

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.497</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.785.747</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	-----	1081348149	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	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	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	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	\$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 928.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.784.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.696.950,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE**

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

Obligación 1: Desarrollar actividades de aprendizaje propias de las competencias del programa de formación asignado, en cualquiera de las cinco (5) jornadas académicas (mañana, tarde, noche, fin de semana o madrugada), la programación que establezca la coordinación académica. Competencias del programa. - Resultados de aprendizaje de las competencias. y uso de herramientas para el proceso formativo Se aplican estrategias de enseñanza, aprendizaje y seguimiento y evaluación a todas las fichas asignadas como queda en el informe contractual para las respectivas fichas asignadas.  
Según Planeación pedagógica propuesta para los mismos. Fichas: FICHA 3311463-1 FICHA 3384931 - FICHA 3397125

Total Horas Actividades académicas: 143.60 . Horas - Otras Actividades: 16 Horas.

Total Horas: 159.60

**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

**DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO**  
**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,

**HECTOR GONZALO ROMERO REY**  
**INSTRUCTOR**

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**  
**MIREYA PARRA PINTO**  
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-15, 10:44:25 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1081348149

Periodo Cotización:

abril de 2026

Periodo Servicio:

abril de 2026

Referencia pago (PIN):

8823896157

## PAGADO 15/05/2026

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO		
<b>Documento</b>	CC26420904	<b>Dirección</b>	CR 13A #32 C - 15
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Teléfono</b>	9019601
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Ciudad</b>	SOACHA	<b>Departamento</b>	CUNDINAMARCA
<b>Representante Legal</b>		<b>Identificación</b>	
<b>Total Afiliados</b>	1	<b>ARP</b>	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	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SIN	IGI	UMI	UAC	APP	ACP	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	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 26420904	DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO	59	00																		0	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 2.300.000	\$ 368.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 2.300.000	\$ 287.500	1,044	\$ 2.300.000	\$ 24.100	(CCF22) COLSUBSIDIO	\$ 2.300.000	\$ 46.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 725.600

### 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
\$ 2.300.000	\$ 2.300.000	\$ 2.300.000	\$ 2.300.000	\$ 368.000	\$ 287.500	\$ 24.100	\$ 46.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 725.600	\$ 5.400	\$ 731.000

Bogotá DC. 31/Mayo/2026

Señores

**Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)**

**Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano (para las Regionales)**

Servicio Nacional de

Aprendizaje SENA Ciudad

Asunto: Solicitud deducible  
retención en fuente por  
dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	Documento Identidad	Calidad del Dependiente
		<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hijos menores 18 años. <b>X</b></li><li>2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años.</li><li>3. Hijos mayores a 18 años con dependencia por factores físicos o psicológicos.</li><li>4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.</li><li>5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.</li></ol>
MATEO TORRES TRUJILLO	Ti. 1076914885	Hijos menores 18 años.

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

**DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO**  
**CC. 26.420.904 DE NEIVA (H).**

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento
- Certificado de estudios.
- Certificado contador público.
- Certificado medicina legal.

GTH-F-088 V03



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 31 de mayo de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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:

TI	1076914885	MATEO TORRES TRUJILLO	Hijo(a)
----	------------	-----------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

DIANA PAOLA TRUJILLO DELGADO  
C.C. 26.420.904



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

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 52962380

NUIP 1076914885

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

Registraduría  Notaría  Número 03 Consultorio  Corregimiento  Inspección de Policía  Código K 5 W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía  
-----COLOMBIA-----HUILA-----NEIVA-----

**Datos del inscrito**

Primer Apellido TORRES Segundo Apellido TRUJILLO

Nombre(s) MATEO

Fecha de nacimiento Año 2013 Mes SEP Día 23 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)  
-----COLOMBIA-----HUILA-----NEIVA-----

Tipo de documento antecedente o Declaración de estado Número certificado de nacido vivo  
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO 12268222-7

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos TRUJILLO DELGADO DIANA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 26.420.904 NEIVA Nacionalidad COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos TORRES PEÑA EDUBIN

Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 7.688.181 NEIVA Nacionalidad COLOMBIANA

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos TRUJILLO DELGADO DIANA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 26.420.904 NEIVA 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 2013 Mes SEP Día 30

Nombre y firma del funcionario que autoriza CARLOS ENRIQUE POLANIA FIERRO

Nombre y firma del funcionario que autoriza CARLOS ENRIQUE POLANIA FIERRO

Nombre y firma CARLOS ENRIQUE POLANIA FIERRO

ESPACIO PARA NOTAS  
REGISTRADO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 28 FOLIO 263

EL SUSCRITO NOTARIO EN EL CÍRCULO DE NEIVA CERTIFICA QUE EL PRESENTE REGISTRO ES FOTOCOPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 115 DECRETO 1260 DE 1970.

*[Handwritten signature]*

CARLOS ENRIQUE POLANIA FIERRO  
NOTARIO TERCERO DEL CÍRCULO DE NEIVA.

30 SET. 2013

- ORIGINAL PARA LA ORIGINAL DE REGISTRO -



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**


NÚMERO **1.076.914.885**

**TORRES TRUJILLO**

APELLIDOS  
**MATEO**

NOMBRES  
*mateo Torres*

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-2013**

**NEIVA**  
(HUILA)

LUGAR DE NACIMIENTO  
**23-SEP-2031**

FECHA DE VENCIMIENTO  
**26-NOV-2020 SOACHA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

**A+** **M**  
G S RH SEXO



REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1524750-01184294-M-1076914885-20201202 0072670740A 1 8501065393