



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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	25
Código Centro	950910
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	01624-391760

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	JAUREGUI MENA CORDOBA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.088.269.044	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	jmenac@sena.edu.co	Número de Cuenta:	53682589261
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?			
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:	9287246/2026	Nº Compromiso SIIF	31626	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PVV - COMPLEMENTARIA MICROSOFT WORD AVANZADO - PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNÓLOGO Y/O TÉCNICO PARA EJECUTAR DE MANERA AUTÓNOMA Y TEMPORAL LAS				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 33.478.312
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 47.217.053
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 28.740.815

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

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 308.453	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 5.045.950</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.993.355</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.993.355,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	9503090249	Base retención en la fuente a título de ICA	4.505.850,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 9.900	\$ 9.900	Reteica - 8299 - VILLETA	36.047,00	0,800%
	\$ -	\$ -		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	\$ 504.595	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 37.927.505	\$ 998.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.765.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.701.450,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE**

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

- Se creó la ruta de asociación de las fichas 3503423 y 3503464 en Albán, Cundi namarca.
- Se creó la ruta de asociación de las fichas 3508297 y 3503548 en La Palma, Cundi namarca.
- Se utilizan herramientas disponibles en el territorio, computadores y televisores; asimismo, se realiza la divulgación de las bases desde atención a población víctima se comparte el drive institucional al instructor para el cargue de información de las fichas 3503.
- Se entregan informes de ejecución contractual según cronograma establecido por la coordinación de programas especiales.
- Se orienta formación en Albán (3503423, 3503464) y La Palma (3508297, 3503548) en programas de formación complementaria.
- En mayo, coordinación certifica cumplimiento de la planeación correspondiente a las fichas 3503423, 3503464, 3508297 y 3503548.
- Se realiza caracterización mensual de población víctima y vulnerable para el mes de mayo de 2026 en Albán y La Palma.
- Se implementa como estrategia de enseñanza, aprendizaje y seguimiento el método de demostración y observación con las fichas 3503423

**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

**JAUREGUI MENA CORDOBA  
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,

**HARBY ENRIQUE QUINTERO ESPITIA  
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  
DAVID ERNESTO AVILA CUBILLOS  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1088269044		JAUREGUI MENA CORDOBA	INDEPENDIENTE	Principal	CL1A No 5-156	SILVANIA-CUNDINAMARCA	6732456	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	224713462	9503090249	N	2026/05/13	2026/04/15	BANCOLOMBIA	0	\$41,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: Principal ( 1 Afiliados)</b>					\$144,095	\$23,000			\$144,095	\$18,000			\$0	\$0			\$144,095	\$700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: Principal ( 1 Afiliados)</b>					\$144,095	\$23,000			\$144,095	\$18,000			\$0	\$0			\$144,095	\$700		\$0	\$0
Ciudad: SILVANIA Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados)					\$144,095	\$23,000			\$144,095	\$18,000			\$0	\$0			\$144,095	\$700		\$0	\$0
1	CC 1088269044	MENA JAUREGUI	230201	30	(\$1,750,905)	(\$280,200)	EPS037	30	(\$1,750,905)	(\$218,900)		0	\$0	\$0	14-11	30	(\$1,750,905)	(\$9,200)	0	\$0	\$0
2	CC 1088269044	MENA JAUREGUI	230201	30	\$1,895,000	\$303,200	EPS037	30	\$1,895,000	\$236,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,895,000	\$9,900	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$144,095	\$23,000			\$144,095	\$18,000			\$0	\$0			\$144,095	\$700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1088269044		JAUREGUI MENA CORDOBA	INDEPENDIENTE	Principal	CL1A No 5-156	SILVANIA-CUNDINAMARCA	6732456	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	224713462	9503090249	N	2026/05/13	2026/04/15	BANCOLOMBIA	0	\$41,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$23,000	\$0	\$0	\$23,000	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$23,000	\$0	\$0	\$23,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$700	\$0	\$0	\$700	
ARL POSITIVA	14-11	890,903,790	5	1	\$700	\$0	\$0	\$700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$18,000	\$0	\$0	\$18,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$18,000	\$0	\$0	\$18,000	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$41,700</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$41,700</b>	



**Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País**

Usuario que Genera Reporte: MHkfiguere KAREN LORENA FIGUEREDO ROJAS  
 Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: 36-02-00-025-950910 CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINAMARCA  
 Fecha y Hora Generación Reporte: 2026-04-29-5:15 p. m.

**Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial**

Solicitud de Comisión No.	78126	Fecha Solicitud	2026-04-29	Estado de la Comisión	Autorizada	Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-025-950910 CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINAMARCA			
Tipo de Comisión	Servicio	Fecha Aut./ Rech.	2026-04-29	Genera Viáticos	SI	Genera gastos de viaje	SI	Requiere Pasajes Aéreos	NO
Transporte por Via	Terrestre	Área u Oficina	Instructor			Tipo de trámite	Inicial	Comisión Inicial	
<b>CDP de viáticos</b>									
Consecutivo CDP	3526	Dependencia Solicitante				950910 CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINAMARCA			
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3602-1300-11-20305C-3602031-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN COMPETENCIAS PARA LA INSERCIÓN LABORAL - MEJORAMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PARA LA EMPLEABILIDAD DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO POR EL CONFLICTO ARMADO A NIVEL NACIONAL				Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje	C-3602-1300-11-20305C-3602031-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN COMPETENCIAS PARA LA INSERCIÓN LABORAL - MEJORAMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PARA LA EMPLEABILIDAD DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO POR EL CONFLICTO ARMADO A NIVEL NACIONAL			

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	Nº. Dias	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
JAUREGUI MENA CORDOBA	CC: 1088269044	CONTRATISTA	Autorizada	2026-05-04	2026-05-04	CUNDINAMARCA / VILLETA	CUNDINAMARCA / SAN CAYETANO	0,5	No	50	1	4.737.497,00	251.640,00	251.640,00	56.813,00	308.453,00	Impartir formacion CREACION DE FUNCIONES UTILIZANDO USANDO MICROSOFT EXCEL FICHA 3479268 municipio de San Cayetano
				2026-05-05	2026-05-05	CUNDINAMARCA / VILLETA	CUNDINAMARCA / SAN CAYETANO	0,5	No	50							
<b>Totales Solicitud de Comisión</b>													<b>251.640,00</b>	<b>56.813,00</b>	<b>308.453,00</b>		

**OBJETO DE LA COMISIÓN**

Impartir formacion CREACION DE FUNCIONES UTILIZANDO USANDO MICROSOFT EXCEL FICHA 3479268 municipio de San Cayetano

**ORDENADOR DEL GASTO**



**Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País**

Usuario que Genera Reporte: MHkfigure KAREN LORENA FIGUEREDO ROJAS  
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte: 36-02-00-025-950910 CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL - CUNDINAMARCA  
Fecha y Hora Generación Reporte: 2026-04-29-5:15 p. m.

Identificación:	79596025	Nombre:	HARBY ENRIQUE QUINTERO ESPITIA	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL - CUNDINAMARCA
-----------------	----------	---------	--------------------------------	--------	--

Firma Responsable

Verificado Por:	ADRIANA PATRICIA RUBIANO OSSA	Fecha Verificación:	29/04/2026 14:38:36
-----------------	-------------------------------	---------------------	---------------------



Versión: 02

Código:  
GRF-F-076

## GASTOS DE DESPLAZAMIENTO

COMPROBANTE LEGALIZACION GASTOS TRANSPORTE  
INFORMAL - CONTRATISTAS

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA:	SAN CAYETANO 04-05/05/2026	Código Regional :	25
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JAUREGUI MENA CORDOBA	Código Centro:	9509
No. DOCUMENTO IDENTIDAD:	1.088.269.044	Fecha de elaboración:	29/04/2026

En desarrollo de la comisión No. 78126 durante los días 04 Y 05 del mes de Mayo de 2026 se informa que en los tramos detallados a continuación, fue necesario utilizar transporte informal sin generación de documento soporte de pago por parte del prestador del servicio:

FECHA	TRAYECTO GENERADOR DEL PAGO	MEDIO DE TRANSPORTE EMPLEADO	VALOR PAGADO
04-05/05/2026	Otros trayectos entre terminales y la ciudad, según circular 01-3-000080 de 2024	TERRESTRE	\$ 56.813

## RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:

Para efectos legales el contratista certifica bajo la gravedad del juramento, que las actividades objeto del desplazamiento se cumplieron a cabalidad y el valor cobrado corresponde al valor efectivamente pagado al prestador del servicio de transporte informal.

Este formato aplica únicamente para justificar gastos de transporte en aquellos sitios donde no se cuenta con transporte formal.

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el comisionado y su jefe inmediato, se autoriza el presente gasto.


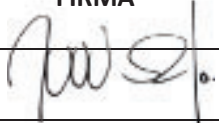
COMISIONADO CONTRATISTA		SUPERVISOR DE CONTRATO		ORDENADOR DEL GASTO	
Nombre completo:	JAUREGUI MENA CORDOBA	Nombre completo:	HARBY ENRIQUE QUINTERO ESPITIA	Nombre completo:	DAVID ERNESTO AVILA CUBILLOS
Numero de Contrato:	CO1.PCCNTR.9287246	Cargo:	Coordinador Academico	Cargo:	SUBDIRECTOR ( E )
Firma:		Firma:		Firma:	

Firmado digitalmente  
por AVILA CUBILLOS  
- DAVID ERNESTO  
Fecha: 2026.05.19  
09:21:58 -03'00'



<b>FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA</b>		
<b>CIUDAD Y FECHA 14/05/2026</b>		
<b>PRESENTADO A: DAVID ERNESTO AVILA CUBILLOS SUBDIRECTOR DE CENTRO</b>		
<b>ORDEN DE VIAJE No:</b> 78126	<b>FECHA DE INICIO:</b> 04/05/2026	<b>FECHA DE FINALIZACION:</b> 05/05/2026
<b>LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO</b>	<b>REGIONAL / CENTRO DE FORMACION</b>	<b>OTRA: SAN CAYETANO</b>
	<b>CUNDINAMARCA</b>	
<b>OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:</b> Creación de funciones utilizando usando Microsoft Excel ficha 3479268 municipio de san cayetano		
<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Presentación del instructor y del programa Población víctimas y vulnerables al grupo</li> <li>2. Socialización del tema de formación en Excel Básico.</li> </ol>		
<b>RESULTADOS: Manejo de la herramienta con dominio de tablas tamaño entre otros apartados</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manejo adecuado de la herramienta ofimática, evidenciando dominio en la creación y edición de tablas</li> <li>2. Aplicación eficiente de funcionalidades avanzadas de la herramienta, garantizando una correcta presentación de documentos mediante el uso de apartados</li> </ol>		
<b>EVIDENCIAS O SOPORTES:</b> Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creación de tabla de facturación</li> <li>2. Creación de lista de asistencia</li> </ol>		
<b>COMPROMISOS</b>		
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>FECHA</b>
1. Verificación y validación de los datos cargados en la tabla de facturación.	Jauregui Mena Córdoba	14/05/2026
2. Consolidación de firmas y reporte final de la lista de asistencia.	Jauregui Mena Córdoba	14/05/2026
<b>CONCLUSIONES:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eficiencia Administrativa: La creación de la tabla de facturación y las listas de asistencia asegura el control total y la transparencia en el manejo de los soportes del programa.</li> <li>2. Organización Pedagógica: El uso de estos instrumentos estandariza el seguimiento de los aprendices, garantizando que la información esté organizada y disponible para cualquier proceso de auditoría o evaluación.</li> </ol>		
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>		
<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>		<b>FIRMA</b>

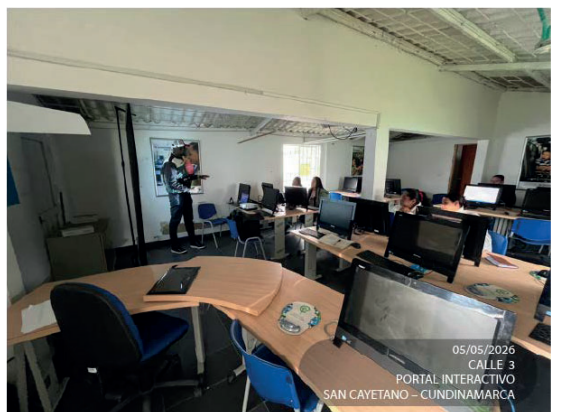
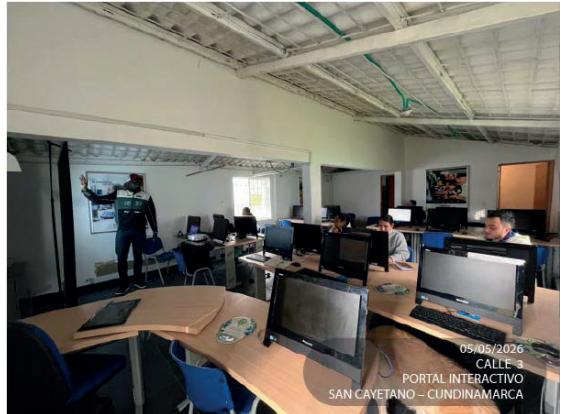
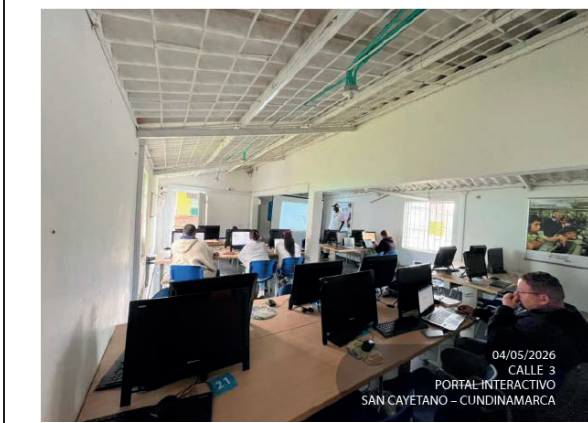


Jáuregui Mena Córdoba		
<b>VISTO BUENO SUPERVISOR</b>		
<b>CARGO DEL SUPERVISOR</b>	<b>NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR</b>	<b>FIRMA</b>
COORDINADOR ACADEMICO	HARBY ENRIQUE QUINTERO ESPITIA	

**PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**

**FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO – CONTRATISTA**

<b>VERSION</b>	<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGENTE</b>	<b>NATURALEZA DEL CAMBIO</b>
V02	Agosto	Se realizan modificaciones de imagen institucional y generalidades





2. Asistencia



REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 11 DEL MES DE Marzo DEL AÑO 2026

OBJETIVO (S) Edición y formato Formación ficha 3478268 exel básico municipio san cayetano

No	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	PLANTA	CONTRATO	OTRO (CUAL)	DEPENDENCIA/ EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO EXT.	AUTORIZA GRABACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
1	Milena Rueda Bello	451940489					anunlepp2008@gmail.com	320867927		<i>[Signature]</i>
2	Miguel Rueda Bello	10788273096					40105617@hotmail.com	314519809		<i>[Signature]</i>
3	Fernando Castañeda	10102721726					fernandocastaneda@gmail.com	320867927		<i>[Signature]</i>
4	Jenny Castañeda	1022993699								
5	Juan Hernández	101940409					juanherndez@outlook.com	714841290		<i>[Signature]</i>
	Fernando Castro N	3157333					frank1234@gmail.com	320867927		<i>[Signature]</i>
	Jennifer Dávila	1022993699					juanherndez@gmail.com	320867927		<i>[Signature]</i>
	Leidy Marcela M.	1003617383					juanherndez@gmail.com	320867927		<i>[Signature]</i>
	Juan Carlos Rodríguez	3119162					juanherndez@gmail.com	311210906		<i>[Signature]</i>
	William Castañeda	3219335023					juanherndez@gmail.com	3219335023		<i>[Signature]</i>
	Carla Daud Vega	101941277					carlaudvega@gmail.com	3219335023		<i>[Signature]</i>
	Sonia Alexandra Gallo	101940413					soniaalexandragallo@gmail.com	324949457		<i>[Signature]</i>
	Merlen Torres	2008696144					merlentorres@gmail.com	310857935		<i>[Signature]</i>
	Alis Ortega	39009328					alisortega@gmail.com	318338257		<i>[Signature]</i>
	Karen Rivas	107941152					karenrivas@gmail.com	322527203	SI	Karen R.

De acuerdo con la Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento, y les dará el tratamiento correspondiente en cumplimiento de lo establecido legalmente.

GOR-F-085 V02

*[Signature]*



REGISTRO DE ASISTENCIA / DÍA 5 DEL MES DE Marzo DEL AÑO 2026

OBJETIVO (S) Uso de formatos Formación ficha 3478268 exel básico municipio san cayetano

No	NOMBRES Y APELLIDOS	No. DOCUMENTO	PLANTA	CONTRATO	OTRO (CUAL)	DEPENDENCIA/ EMPRESA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO EXT.	AUTORIZA GRABACIÓN	FIRMA O PARTICIPACIÓN VIRTUAL
1	Milena Rueda P	451940489					anunlepp2008@gmail.com	320867927		<i>[Signature]</i>
2	Miguel Rueda Bello	10788273096					40105617@hotmail.com	314519809		<i>[Signature]</i>
3	Fernando Castañeda	10102721726					fernandocastaneda@gmail.com	320867927		<i>[Signature]</i>
4	Jenny Castañeda	1022993699								
5	Juan Hernández	101940409					juanherndez@outlook.com	714841290		<i>[Signature]</i>
	Fernando Castro N	3157333					frank1234@gmail.com	320867927		<i>[Signature]</i>
	Jennifer Dávila	1022993699					juanherndez@gmail.com	320867927		<i>[Signature]</i>
	Leidy Marcela M.	1003617383					juanherndez@gmail.com	320867927		<i>[Signature]</i>
	Juan Carlos Rodríguez	3119162					juanherndez@gmail.com	311210906		<i>[Signature]</i>
	William Castañeda	3219335023					juanherndez@gmail.com	3219335023		<i>[Signature]</i>
	Carla Daud Vega	101941277					carlaudvega@gmail.com	3219335023		<i>[Signature]</i>
	Sonia Alexandra Gallo	101940413					soniaalexandragallo@gmail.com	324949457	SI	<i>[Signature]</i>
	Merlen Torres	2008696144					merlentorres@gmail.com	310857935	SI	<i>[Signature]</i>
	Alis Ortega	39009328					alisortega@gmail.com	318338257	SI	<i>[Signature]</i>
	Karen Rivas	107941152					karenrivas@gmail.com	322527203	SI	Karen R.

De acuerdo con la Ley 1581 de 2012, Protección de Datos Personales, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a garantizar la seguridad y protección de los datos personales que se encuentran almacenados en este documento, y les dará el tratamiento correspondiente en cumplimiento de lo establecido legalmente.

GOR-F-085 V02

*[Signature]*



## 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: .

<b>T.I.</b>	<b>1078467551</b>	<b>Dexter Alexander Mena Estacio</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.

FIRMA

Nombre: Jáuregui Mena Córdoba

C.C. 1088269044

**NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO**

**REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES**



En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal



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

NUIP 1078467551

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial

55838725



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 00	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código K 9 H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA - CHOCHO - QUIBDO -						

Datos del inscrito

Primer Apellido			Segundo Apellido											
MENA			ESTACIO											
Nombre(s)														
DEXTER ALEXANDER														
Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	Factor RH								
Año	2	0	1	8	Mes	E	N	E	Día	0	6	Masculino	B	+
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA - CHOCHO - QUIBDO -														

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52982080-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
ESTACIO PEREZ LUCELY	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 1010135302 De QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
MENA CORDOBA JAUREGUI	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 1088269044 De PEREIRA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
MENA CORDOBA JAUREGUI	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. # 1088269044 DE PEREIRA	Jauregui Mena C.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
XXXXXXXXXXXX	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
# XXXXXXXXXXXX DE XXXXXXXX	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
XXXXXXXXXXXX	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
# XXXXXXXXXXXX DE XXXXXXXX	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 1 8 Mes E N E Día 1 4	ROSA DEL CARMEN EMOS LOZANO
	Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO