



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	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	31508-376286

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	MARLY ALEXANDRA TRUJILLO RODRIGUEZ	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.081.514.971	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	marlytrujillo@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0550076300104015
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	SI
¿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:	9064677/2026	Nº Compromiso SIIF	10026	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	1_9525_109 Prestar servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión, en la planeación y ejecución de la formación, así como la evaluación de los resultados de aprendizaje definidos en los diseños curriculares asignados, para impartir formación profesional titulada y complementaria presencial y/o virtual en el Centro Agroempresarial y Desarrollo Pecuario del Sena Regional Huila y su				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 22.904.560
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 32.720.800
Valor Bruto Pago:	\$ 3.272.080,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 19.632.480

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

Ingresos por honorarios	\$ 3.272.080	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 3.272.080</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 1.827.572</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		TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	9503106754	Base retención en la fuente a título de ICA	1.827.572,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	Valor base IVA	3.272.080,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 218.900	\$ 218.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 280.200	\$ 280.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 9.200	\$ 9.200	Reteica - 8523 - GARZON	6.544,00	0,200%
	\$ -	\$ -		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	\$ 327.208	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 34.479.550	\$ 609.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 1.827.000	\$ -			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$3.265.536,00</b>	

**SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE**

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

Orientar formación virtual a cursos complementarios: 3485400, 3485399, 3516656, 3516657
Realizar el respectivo alistamiento del curso, contacto de los aprendices, y orientaciones generales del uso de la plataforma.
Orientar sobre cronograma de los diferentes cursos, fechas relevantes de inicio, fin y entrega de actividades.
Apoyar el proceso de aprendizaje virtual de los aprendices a través de diferentes estrategias pedagógicas y de instrucción.
Realimentar los diferentes recursos relacionados a los resultados de aprendizaje de los aprendices.
Evaluar los diferentes productos entregados por los aprendices.
Emitir los juicios de calificación, reporte y cierre de cursos correspondientes a su estado y finalización del mismo.

**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

**MARLY ALEXANDRA TRUJILLO RODRIGUEZ**  
**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,

**ANGELA JOHANA AVILA ACOSTA**  
**INSTRUCTOR G15**

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**  
**LUIS HUMBERTO GONZALEZ ORTIZ**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**



## Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,200	\$0	\$0	\$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$508,300</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$508,300</b>



PROCESO					
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS					
NOMBRE DEL FORMATO					
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS					
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN					
Pública	<input checked="" type="checkbox"/>	Pública Clasificada	<input type="checkbox"/>	Pública Reservada	<input type="checkbox"/>

Garzón, 06 de marzo de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)  
Ciudad

**No: 41-2-2026-000437**  
6/03/2026 6:04:16 p. m.

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>1081519309</b>	<b>Salomé Torres Trujillo</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: MARLY ALEXANDRA TRUJILLO RODRIGUEZ

C.C. 1081514971



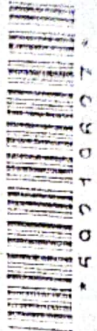
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

59219627

NUIP 1.081.519.309



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código L 5 E

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE TARQUI - COLOMBIA - HUILA - TARQUI

Datos del inscrito

Primer Apellido TORRES Segunda Apellido TRUJILLO

Nombre(s) SALOME

Fecha de nacimiento Año 2 0 2 1 Mes S E P Día 0 6 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA HUILA GARZON

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 167941524

Datos de la 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 TRUJILLO RODRIGUEZ MARLY ALEXANDRA

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.081.514.971

Nacionalidad COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos TORRES ESCANDON ABRAHAM ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.080.189.187

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos TORRES ESCANDON ABRAHAM ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.080.189.187

Firma Abraham Torres

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 1 Mes S E P Día 2 0

Nombre y firma del funcionario que autoriza MARIA SANDRA ESCALANTE AGUIRRE

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento MARIA SANDRA ESCALANTE AGUIRRE

Firma Abraham Torres

Nombre y firma

20.SEP.2021 - LIBRO DE VARIOS NACIMIENTOS TOMO 5 FOLIO 0001.

Adhesivo Copia Registro Civil 28678922-4

20 SEP 2021

Maria Sandra Escalante Aguirre Registradora Municipal Tarqui - Huila

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO