



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)

DIRECCIÓN GENERAL  
OFICINA JURIDICA

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

Código Regional	1
Código Centro	101001
Fecha Elaboración	Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	24057-320641

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	JULIAN ANDRES PEREZ ORTIZ	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.053.332.565	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	japerezo@sena.edu.co	Número de Cuenta:	35582626683
IP/Nº de contacto:	3144363180	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:	8870355/2026	Nº Compromiso SIIF	24926	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST:01-9-2026-001749.PRESTACIÓN DE SERVICIOS JURÍDICOS ESPECIALIZADOS PARA APOYAR LA EJECUCIÓN DE ESTRATEGIAS EN MATERIA DE GESTIÓN CONTRACTUAL Y CONVENCIONAL, LA ELABORACIÓN DE CONCEPTOS JURÍDICOS.				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/04/2026	Al	30/04/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 89.649.000
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 114.551.500
Valor Bruto Pago:	\$ 9.961.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 79.688.000

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

Ingresos por honorarios	\$ 9.961.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	2,86%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 167.365
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 9.961.000		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 5.856.400	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 167.365

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

	Abril	Marzo	Base retención en la fuente a título de RENTA		TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	37120072	Base retención en la fuente a título de ICA	5.856.400,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 3.984.400	\$ 3.984.400	Valor base IVA	8.825.300,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 498.100	\$ 498.100	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 637.600	\$ 637.600	Menos Retención en la Fuente	167.365,00	2,86%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 20.800	\$ 20.800	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	85.252,00	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	\$ 996.100	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 41.375.460	\$ 1.952.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 4.880.000	\$ -			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$ 9.708.383,00	

SON: NUEVE MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

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

revisión respecto de la circular de Lineamientos para implementación de los Subcomité Regional de Gestión y Desempeño  
Se realizo apoyo a distintas regionales que solicitaron guía respecto algunos temas, entre ellas la dirección regional Risaralda, regi  
Se proyecto concepto respecto de posibilidad de contratación de un arrendamiento a través de la modalidad de selección de mínima cuant  
Se proyecto concepto respecto del Inicio de ejecución contractual y reconocimiento de honorarios en Contrato de prestación de servicio  
Se reviso y proyecto concepto de Procedencia de interventoría sin reconocimiento económico durante prórroga contractual.  
Se reviso el concepto respecto de la modalidad de selección para suscribir y ejecutar recursos destinados al pago de peajes  
Se reviso y analizo jurídicamente el concepto respecto Contrato de fiducia.  
Se proyecto respuesta a SINDESENA respecto de la Agenda de reuniones con la Dirección de Jurídica - OFICIO No. 2026-0417,  
Se realizo la concesión y consolidación de los datos referentes al cumplimiento d ela circular 000310 Contratación Abogados y apoyos

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

JULIAN ANDRES PEREZ ORTIZ  
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,

CAROLINA OSPINA VILLEGAS  
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  
MONICA ANDREA AVELLA HERRERA  
DIRECTORA OFICINA JURIDICA



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 21 de abril 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>NUIP - NIP</b>	<b>1.053.353.843</b>	<b>ANTONELLA PÉREZ LEMUS</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: Julián Andrés Pérez Ortiz  
C.C. 1.053.332.565



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

NUIP 1.053.353.843

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152799559

52799559



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina  
Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código D Z V

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
REGISTRADURIA DE CHIQUINQUIRA - COLOMBIA - BOYACA - CHIQUINQUIRA...

Datos del Inscrito  
Primer Apellido PEREZ Segundo Apellido LEMUS  
Nombre(s) ANTONELLA  
Fecha de nacimiento Año 2021 Mes OCT Día 05 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO  
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)  
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 168058712

Datos de la madre  
Apellidos y nombres completos LEMUS MARTINEZ PAULA ANDREA  
Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.053.335.823 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre  
Apellidos y nombres completos PEREZ ORTIZ JULIAN ANDRES  
Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.053.332.565 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante  
Apellidos y nombres completos PEREZ ORTIZ JULIAN ANDRES  
Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.053.332.565  
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 2021 Mes OCT Día 15  
Nombre y firma del funcionario que autoriza HILDO GONZALO ROJAS GALLO - REGIS  
Nombre y firma

Reconocimiento paterno  
Firma  
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento  
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



OFIXPRES 648 bit v02 de p01 1 00020873

RAZÓN SOCIAL :	JULIAN ANDRES PEREZ ORTIZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1053332565
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-04-21
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-20
FECHA DE PAGO:	2026-04-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-03
NÚMERO PLANILLA:	37120072
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37120072
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 7.464.400	\$ 0	\$ 0	\$ 1.900	\$ 933.100	\$ 935.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 7.464.400	\$ 37.400	\$ 37.400	\$ 2.700	\$ 1.269.200	\$ 1.271.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 7.464.400	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 39.000	\$ 39.100
Total a pagar					\$ 37.400	\$ 37.400	\$ 4.700	\$ 2.241.300	\$ 2.246.000

# PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/05/2026
----------------------------------	------------

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1053332565 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA	CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL	
Período pensión: 2026-03	230301	800224808	PORVENIR	1	3	1.269.200	2.700	1.271.900	
Período salud: 2026-03	EPS005	800251440	SANITAS	1	3	933.100	1.900	935.000	
Planilla Nro.: 37120072 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	3	39.000	100	39.100	
Clase de aportante: I	SINCCF	0	SIN CCF	1	3	0	0	0	
Fecha transacción: 2026-04-20	PASENSA	899999034	SENA	0	3	0	0	0	
Banco: BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	3	0	0	0	
Transacción: 239028294	PAESAP	899999054	ESAP	0	3	0	0	0	
	PAMIED	899999001	MINEDU	0	3	0	0	0	
<b>GRAN TOTAL</b>							<b>\$ 2.246.000</b>		

PAGADO



## Comprobante en línea

20 Abr 2026 09:14:09

Pago PSE



**Pago exitoso**

CUS 239028294

Comercio  
**ASOPAGOS**

Referencia 1  
**10.10.11.80**

Fecha  
**20 Abr 2026 09:14:09**

Referencia 2  
**CC**

Número de factura  
**37120072**

Referencia 3  
**1053332565**

Descripción del pago  
**Pago de seguridad Social Integrado**

Valor del Pago  
**\$2.246.000**

Número de comprobante  
**TR0913038294**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Ahorros - Bancolombia**  
**\*\*\*\* 6683**