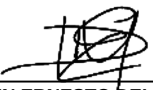
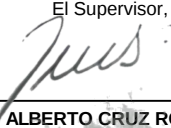


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	25		
	REGIONAL CUNDINAMARCA		Código Centro	950910		
	CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINMARCA		Fecha Elaboración	Julio de 2026		
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 1,26		
		ID de Proceso	30166-581928			
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: EFREN ERNESTO DELGADO MARTINEZ		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 79.759.364		Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico: efrendelmar1806.sena@gmail.com		Número de Cuenta:		91206394108		
IP/N° 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?		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						
N° del contrato:	9042273/2026	N° Compromiso SIIF	7526	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: BILINGUISMO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNÓLOGO Y/O TÉCNICO PARA PLANEAR, DESARROLLAR, ORIENTAR Y EVALUAR LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CORRESPONDIENTES A LOS NIVELES TÉCNICO Y/O TECNOLÓGICO, EN LAS MODALIDADES DE TITULADAS				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/07/2026	Al	31/07/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 14.686.241	
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:	\$ 37.899.976	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 9.948.744	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.737.497		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%	
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.737.497			\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.785.747		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Julio	Junio	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	93156287	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
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 Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		\$ 9.900	\$ 9.900	Reteica - 8299 - VILLETA	33.579,00	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		\$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$31.031.595	\$ 928.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.681.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		VALOR A PAGAR	\$4.703.918,00	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Se registraron en senasofiaplus.com las fallas de los aprendices. Se registraron los juicios evaluativos de las competencias de inglés para el programa de formación 3411385 implementación de infraestructura de tecnologías de la información y las comunicaciones.						
Se crea ruta de aprendizaje y se inicia formación en la ficha 3556864 curso complementario inglés básico 1.						
Se buscan materiales de editoriales reconocidas como Cambrigde, Oxford y National Geographic entre otras para incluirlas en las guías.						
Se continua la formación con el programa de formación 3411385 implementación de infraestructura de tecnologías de la información y las comunicaciones.						
Se inicia la formación en la ficha 3556864 curso complementario de inglés básico 1.						
"El suscrito supervisor certifica que el contratista cumplió con la planeación contemplada para el periodo fijo correspondiente a 128 horas de días hábiles a la formación según la planeación de 2026"						
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						
					EFREN ERNESTO DELGADO MARTINEZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:					Autorizo el presente pago.	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;					El Supervisor,	
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.					LUIS ALBERTO CRUZ RODRIGUEZ PROFESIONAL G08	
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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79759364	EFREN ERNESTO DELGADO MARTINEZ		Calle 6 # 10-22	8444293	efrendelmar@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	VILLETA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93156287	03/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$550.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	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	303.200	0	0	0	0	0	0		303.200	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	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	236.900	236.900
Pensión	1	303.200	303.200
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	550.000	550.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79759364	EFREN ERNESTO DELGADO MARTINEZ		Calle 6 # 10-22	8444293	efrendelmar@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	VILLETA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93156287	03/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$550.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 79759364	DELGADO MARTINEZ EFREN ERNESTO	59	0			N																25-14	1.895.000	30	303.200	0	0	0	0	EPS005	1.895.000	30	236.900	14-23	1.895.000	30	1	9.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

VILLETA, 15 de julio de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
VILLETA

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:

RC	1027538137	ANNA MARÍA DELGADO MUÑOZ	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,

EFREN ERNESTO DELGADO MARTÍNEZ
C.C. 79759364

Fecha de expedición de esta copia

Código de verificación

05/01/2026

1601053283



REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVILREGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTOIndicativo
Serial

55195483

NUIP 1027538137

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina														
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	52	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A 9 H	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía														
*****COLOMBIA***** CUNDINAMARCA ***** BOGOTÁ D.C.*****														
Datos del inscrito														
Primer Apellido					Segundo Apellido									
DELGADO					MUÑOZ									
Nombre(s)														
ANNA MARIA														
Fecha de nacimiento					Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH					
Año	2	0	1	7	Mes	A	R	R	Día	1	5	FEMENINO	0	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)														
*****COLOMBIA***** CUNDINAMARCA ***** BOGOTÁ D.C.*****														
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos										Número certificado de nacido vivo				
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO										14013359-8				
Datos de la madre														
Apellidos y nombres completos														
MUÑOZ GARCIA YESENIA MARIA														
Documento de identificación (Clase y número)														
C.C. No. 1077969264 DE VILLETEA														
Nacionalidad														
COLOMBIANA														
Datos del padre														
Apellidos y nombres completos														
DELGADO MARTINEZ EFREN ERNESTO														
Documento de identificación (Clase y número)														
C.C. No. 79759364 DE BOGOTÁ														
Nacionalidad														
COLOMBIANA														
Datos del declarante														
Apellidos y nombres completos														
DELGADO MARTINEZ EFREN ERNESTO														
Documento de identificación (Clase y número)														
C.C. No. 79759364 DE BOGOTÁ														
Firma														
J. I. D.														
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					Nombre y firma del funcionario que autoriza									
Año	2	0	1	7	Mes	A	R	R	Día	2	6	LUIS FERNANDO QUINTERO FERNANDO		
										Nombre y firma				

Reconocimiento paterno					Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento									
A DELGADO MARTINEZ EFREN ERNESTO					LUIS FERNANDO QUINTERO FERNANDO									
Firma					Nombre y firma									
*****					*****									

- PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL -

Maria Micaela Medina Moreno
Coordinadora del Servicio Nacional de Inscripción

ESTE DOCUMENTO ES COPIA AUTÉNTICA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA OFICINA CENTRAL, SE EXPIDE CONFORME CON LO DISPUESTO EN EL ARTÍCULO 114 DEL DECRETO 1260 DE 1970, A LOS ARTÍCULOS 20 Y 21 DE LA LEY 962 DE 2005, AL LITERAL F) DEL ARTÍCULO 3 DE LA LEY 1266 DE 2008 Y AL LITERAL E) DEL ARTÍCULO 10 DE LA LEY 1581 DE 2012, NO INCLUYE ESPACIO PARA NOTAS.

