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 GESTIÓN INDUSTRIAL- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921110**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**96503-229714**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIEGO ALBERTO PEREZ RODRIGUEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.030.609.827	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	daperez728@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	04563729916
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**	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:	9264556/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**19326**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal, con autonomía e independencia; para impartir formación profesional integral en modalidad presencial en cada uno de los programas de formación titulada y/o complementaria, en los diferentes niveles de formación, de conformidad con las competencias técnicas, claves y transversales requeridas, acorde a la experticia profesional,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2026**	**Al**	**20/08/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 21.476.653
Número de pago	**7**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.427.885
Valor Bruto Pago:			**$ 3.158.331,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 18.318.322

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.158.331	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	**$ 3.158.331**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.590.019**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Agosto	Julio			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.590.019,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**93725610**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.659.231,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 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		$ 9.200	$ 9.900	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	25.688,00	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		$ 900.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 315.833		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 24.135.685	$ 359.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.122.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$3.132.643,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Seguimiento a aprendices de Etapa Productiva

Seguimiento con empresarios orientado a las funciones de los aprendices

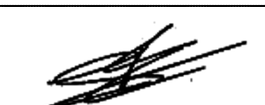
Coordinación de reuniones con aprendices

Elaboración de cronogramas de trabajo

Diligenciamiento y formalización de formatos

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



DIEGO ALBERTO PEREZ RODRIGUEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

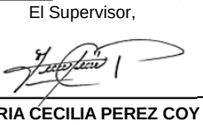
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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 período 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,



MARIA CECILIA PEREZ COY
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
JULIAN ANDRES CASTELLANOS CASTRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

20/08/26 06:55:41 USUARIO: SIC - C.C. 1030609827

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030609827	DIEGO ALBERTO PEREZ RODRIGUEZ	CL 42 G BIS 89 C 45	4530504	DIEGO-2305@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
94388287	19/08/2026	94426570	20/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	N	$0	$123.100	

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	53.000	0		0		0	0	0	0	53.000	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	67.900	0	0	0	0	0	0		67.900	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	2.200				2.200	0	0	2.200			22	2.200	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	53.000	53.000
Pensión	1	67.900	67.900
Riesgos Laborales	1	2.200	2.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	123.100	123.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030609827	DIEGO ALBERTO PEREZ RODRIGUEZ	CL 42 G BIS 89 C 45	4530504	DIEGO-2305@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94388287	19/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$0	$385.200	

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	165.900	0		0		0	0	0	0	165.900	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	212.300	0	0	0	0	0	0		212.300	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	7.000				7.000	0	0	7.000			70	7.000	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	165.900	165.900
Pensión	1	212.300	212.300
Riesgos Laborales	1	7.000	7.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	385.200	385.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030609827	DIEGO ALBERTO PEREZ RODRIGUEZ	CL 42 G BIS 89 C 45	4530504	DIEGO-2305@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93725610	10/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	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

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030609827	DIEGO ALBERTO PEREZ RODRIGUEZ	CL 42 G BIS 89 C 45	4530504	DIEGO-2305@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93725610	10/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	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	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvuelo	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 1030609827	PEREZ RODRIGUEZ DIEGO ALBERTO	59	0			N																	25-14	1.894.999	30	303.200	0	0	0	0	EPS005	1.894.999	30	236.900	14-23	1.894.999	30	1	9.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

¡Hola, DIEGO PEREZ!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 550.000,00

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 08/08/2026

CUS: 551032916

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial · @ACHColombia_ · ACHColombiaOficial · ACH Colombia Oficial

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:
La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

¡Hola, DIEGO PEREZ!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 385.200,00

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 19/08/2026

CUS: 579461338

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial | @ACHColombia_ | ACHColombiaOficial | ACH Colombia Oficial

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:
La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

Bancolombia

Comprobante en línea

20 Ago 2026 07:47

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 580995536

Comercio
COMPENSAR-OI

Referencia 1
191.156.34.104

Fecha
20 Ago 2026 07:47

Referencia 2
CC

Número de factura
94426570

Referencia 3
1030609827

Descripción del pago
MiPlanillacom Pago Proteccion Social

Valor del Pago
$123.100

Número de comprobante
TR260820074716fik4fM

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Cuenta de ahorros
****** 9916**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

Señor(a)
DIEGO PEREZ RODRIGUEZ
CL 42 G BIS 89 C 45 SUR
LAS VEGAS - diego-2305@hotmail.com
BOGOTA - BOGOTA D.C.

Ref. Crédito No. 0134200251486

PROYECCIÓN DE PAGOS PARA EL AÑO 2026

Sistema de Amortización:	CUOTA FIJA EN PESOS
Tasa de Interés Efectiva Anual: 11.80 % EA	**Estado Crédito:** CREDITO AL DIA

VALORES EN UVR

No. Cuota	Fecha Pago	Cotización UVR	Vr. Cuota	Intereses Corrientes	Abono a Capital	Seguros *	Saldo
0009	20260105	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000
0010	20260205	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000
0011	20260305	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000
0012	20260405	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000
0013	20260505	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000
0014	20260605	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000
0015	20260705	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000
0016	20260805	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000
0017	20260905	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000
0018	20261005	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000
0019	20261105	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000
0020	20261205	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000		0.0000

VALORES EN PESOS

No. Cuota	Fecha Pago	Cotización UVR	Vr. Cuota	Intereses Corrientes	Abono a Capital	Seguros *	Saldo
0009	20260105	0.0000	1,085,205.83	959,611.34	125,594.49	76,097.00	102,633,591.17
0010	20260205	0.0000	1,085,205.83	958,438.48	126,767.35	76,067.00	102,506,823.82
0011	20260305	0.0000	1,085,205.83	957,254.67	127,951.16	76,038.00	102,378,872.66
0012	20260405	0.0000	1,085,205.83	956,059.80	129,146.03	76,008.00	102,249,726.63
0013	20260505	0.0000	1,085,205.83	954,853.78	130,352.05	75,977.00	102,119,374.58
0014	20260605	0.0000	1,085,205.83	953,636.49	131,569.34	76,353.00	101,987,805.24
0015	20260705	0.0000	1,085,205.83	952,407.84	132,797.99	76,322.00	101,855,007.25
0016	20260805	0.0000	1,085,205.83	951,167.71	134,038.12	76,290.00	101,720,969.13
0017	20260905	0.0000	1,085,205.83	949,916.01	135,289.82	76,258.00	101,585,679.31
0018	20261005	0.0000	1,085,205.83	948,652.61	136,553.22	76,226.00	101,449,126.09
0019	20261105	0.0000	1,085,205.83	947,377.41	137,828.42	76,193.00	101,311,297.67
0020	20261205	0.0000	1,085,205.83	946,090.31	139,115.52	76,160.00	101,172,182.15

* Incluye el valor del seguro de vida, incendio, terremoto y comisión de FNG si aplica para el crédito. Y no incluye el seguro de desempleo.

Para una mejor interpretación de su proyección, tenga en cuenta los siguientes aspectos:

-La tasa de interés efectiva anual corresponde a la pactada en el pagaré del crédito hipotecario. Para clientes con tasa de interés preferencial otorgada por su vinculación a través de oferta integral, se presenta dicha tasa la cual está sujeta a cambios por incumplimiento a las condiciones definidas para mantenerla.

-El valor de la cuota corresponde a los conceptos de intereses corrientes más capital.

-Tenga en cuenta que, si su crédito tuvo aplicación de un cambio de condiciones que haya generado la creación de un cargo diferido que recogía los valores de conceptos diferentes a capital, el valor mensual de este cargo hace parte de la cuota mensual actual.

Información Confidencial
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

Movimientos Consolidados Año 2025

Señor(a)
DIEGO PEREZ RODRIGUEZ
CL 42 G BIS 89 C 45 SUR
LAS VEGAS - diego-2305@hotmail.com
BOGOTA - BOGOTA D.C.

Información Confidencial

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social



Número de Crédito: **0134200251486**

Día de Vencimiento:	05	Tasa:	11.80 % EA

MOVIMIENTOS CONSOLIDADOS	UVR	PESOS
SALDO A 31 DE DICIEMBRE DE 2024	**0.0000**	**0.00**
ABONOS A CAPITAL AÑO 2025	0.0000	963,814.34
INTERESES CORRIENTES AÑO 2025	0.0000	7,717,832.85
INTERESES DE MORA	0.0000	8,977.12
SEGURO DE VIDA		195,493.00
SEGURO DE INCENDIO		218,864.00
SEGURO DE TERREMOTO		197,205.00
SEGURO DE DESEMPLEO		0.00
COMISION FNG		0.00
SALDO A 31 DE DICIEMBRE DE 2025	**0.0000**	**102,759,185.66**

Información Importante

1. Banco Caja Social, NIT. 860.007.335-4 informa que la Defensoría del Cliente es ejercida por los doctores José Guillermo Peña González (defensor principal) y Carlos Alfonso Cifuentes Neira (defensor suplente). Dirección: Av. 19 n.°114-09 Oficina 502, Bogotá, D.C. Teléfonos fijos: (601)2131322 / (601)2131370. Celulares: 321 9240479 / 323 2322934 / 323 2322911. Correo electrónico: defensoriabancocajasocial@pgabogados.com. Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. (jornada continua).

2. Por favor informar su inconformidad sobre el contenido del certificado a nuestros revisores fiscales PWC Contadores y Auditores Ltda., al correo revisoriafiscalbancocajasocial@fundaciongruposocial.co.

3. Tenga en cuenta que, si su crédito tuvo aplicación de un cambio de condiciones que haya generado la creación de un cargo diferido, que recogía los valores de conceptos diferentes a capital, el valor mensual de este cargo hace parte de la cuota mensual actual.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

, 30 de Enero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

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	1030706174	Hanna Isabella Perez Buitrago	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,



DIEGO ALBERTO PEREZ RODRIGUEZ
C.C. 1030609827

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número **N** 0663741

NUIP 1.030.706.174

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

PEREZ BUITRAGO HANNA ISABELLA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)										Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	1	9	Mes	E	N	E	Día	2 3	FEMENINO	B +

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Fecha de Inscripción (Mes en letras)										Indicativo serial
Año	2	0	1	9	Mes	E	N	E	Día	3 0	0058675808

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

BUITRAGO ESCOBAR ZULMA PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.022.372.477	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

PEREZ RODRIGUEZ DIEGO ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.030.609.827	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

PEREZ RODRIGUEZ DIEGO ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.030.609.827

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C. — Código: A X A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2019 Mes ENE Día 30

Nombre y firma del funcionario

CARLOS ARTURO GARZON MUÑOZ (E)

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil

24406207-5