

SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PRESENTACIÓN DEL CONTRATO DE SERVICIOS PERSONALES NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

Código Regional

Código Centro

Fecha Elaboración

Versión

ID de Proceso

19

930710

Junio de 2025

ENERO - 2.25

94828-979608

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:

GUSTAVO ADOLFO RODRIGUEZ QUINAYAS

Banco a consignar:

BANCO COLPATRIA

Cédula de Ciudadanía

1.061.738.533

Tipo de cuenta:

AHORROS

Correo electrónico:

grodriguezq@sena.edu.co

Número de Cuenta:

7942011180

IP/Nº de contacto:

22040

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 2024

SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?

NO

Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000

SI

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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?

SI

Concepto del pago corresponde a:

Servicios en general a persona declarante de renta

TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.

4,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:

7393408/2025

Nº Compromiso SIIF

17125

Número de pagos durante la vigencia del contrato

11

OBJETO CONTRACTUAL:

(Descripción del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA IMPARTIENDO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL VIRTUAL EN EL PROYECTO LA COORDINACION ACADEMICA TITULADA DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS, EN LA RED: INFORMATICA Y DESARROLLO DE SOFTWARE EN EL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del

01/06/2025

Al

30/06/2025

Saldo Anterior del Contrato:

\$ 29.130.236

Número de pago

5

Valor Total del Contrato:

\$ 47.528.280

Valor Bruto Pago:

\$ 4.599.511,00

Nuevo Saldo del Contrato:

\$ 24.530.725

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios

\$ 4.599.511

Servicios en general a persona declarante de renta

4,00%

Ingresos por comisiones

\$ 0

Retencion en la Fuente del Periodo

\$ 183.980

Ingresos de otros meses cobrados en el mes

\$ 0

Menos, ReteFuente Otros Ingresos

\$ 0

TOTAL INGRESOS DEL PERIODO

\$ 4.599.511

TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO

\$ 183.980

BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE

\$ 2.704.460

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS

9486414528

Ingreso Base de Cotización - IBC

\$ 1.839.804

\$ 1.839.804

Aporte obligatorio a seguridad social salud

\$ 230.000

\$ 230.000

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión

\$ 294.400

\$ 294.400

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional

\$ -

\$ 0

ARL

I

\$ 9.700

\$ 9.700

Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes

\$ -

-

Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes

\$ -

-

Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes

\$ -

-

Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias

\$ -

-

Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC

\$ -

-

Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias

\$ -

-

Intereses Prestamo de Vivienda

\$ -

-

Dependientes hasta

\$ 459.951

-

Salud hasta

\$ 796.784

\$ -

Renta Exenta 25%

\$36.062.775

\$ 901.000

Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.

\$ 3.604.000

-

Retención en la Fuente Contingente

\$ -

-

Base retención en la fuente a titulo de RENTA

4.599.511,00

TARIFA

Base retención en la fuente a titulo de ICA

4.599.511,00

Valor base IVA

0,00

IVA (Si es RESPONSABLE)

0,00

19%

Menos Retención en la Fuente

183.980,44

4,00%

Menos Retencion IVA

0,00

15%

Reteica - 8551 - POPAYAN

9.199,00

0,200%

Otras Retenciones

0,00

0%

Otras Retenciones

0,00

0%

Otras Retenciones

0,00

0%

Otras Retenciones

0,00

0%

Otras Retenciones

0,00

0%

Otras Retenciones

0,00

0%

Otras Retenciones

0,00

0%

Descuentos de embargo (Si tiene)

0,00

VALOR A PAGAR

\$4.406.332,00

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SEIS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar el proceso de formación en el municipio de Popayán de manera virtual, Ficha 2834920, Analisis y Desarrollo de Software, 24hrs

Orientar el proceso de formación en el municipio de Popayán de manera virtual, Ficha 2834921, Analisis y Desarrollo de Software, 24hrs

Orientar el proceso de formación en el municipio de Popayán de manera virtual, Ficha 2834922, Analisis y Desarrollo de Software, 24hrs

Orientar el proceso de formación en el municipio de Popayán de manera virtual, Ficha 3118560, Analisis y Desarrollo de Software, 50hrs

Orientar el proceso de formación en el municipio de Popayán de manera virtual, Ficha 3118302, Analisis y Desarrollo de Software, 50hrs

Garantizar el pago oportuno de la seguridad social cada mes para que este se vea reflejado en la base de datos de FOSYGA.

segun el calendario en el aplicativo SofiaPlusEntregar informes academicos que contenga: Juicios Evaluativos, novedades de aprendices,

Cargar y descargar del aplicativo SofiaPlus las horas contractuales mensuales reportadas.

Apoyar el proceso de registro calificado de acuerdo a las horas y el programa asignado por coordinacion.

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

GUSTAVO ADOLFO RODRIGUEZ QUINAYAS
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 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.

ADA LORENA CERON ROSERO
INSTRUCTOR G20

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

HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02



Resumen de pago

Descripción de compra

Pago de la Planilla de aportes con clave\
9486414528

Estado de la solicitud

Transacción aprobada

Tienda

APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud

6 de junio de 2025

CUS

1535172368

¿Cuánto?

\$ 534.100,00

Factura de comercio

9486414528

Tu plata salió de:



Disponible

Listo

[Imprimir](#)

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	190.84.88.166
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9486414528
Valor:	534,100
Período de pago:	2025-05
No Transacción (CUS):	1535172368
Fecha:	2025/06/06
Banco:	NEQUI
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9486414528
Aportes en línea:	9999001472382

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061738533		RODRIGUEZ QUINAYAS GUSTAVO ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 55N # 22-80	POPAYAN-CAUCA	3116469802	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco		Valor
2025-05	2025-05	1535172368	9486414528	I	2025/06/10	2025/06/06	NEQUI		\$534,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES									
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	yip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Dias	Exonerado SENA e ICBF					
1	CC	1061738533	RODRIGUEZ QUINAYAS GUSTAVO ADOLFO																			231001	30	EP5005	30		0	14-23	30	0	No					
Total Afiliados(1)																																				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061738533		RODRIGUEZ QUINAYAS GUSTAVO ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 55N # 22-80	POPAYAN-CAUCA	3116469802	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1535172368	9486414528	I	2025/06/10	2025/06/06	NEQUI	0	\$534,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$294,400	\$0	\$294,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$9,700	\$0	\$9,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,700	\$0	\$0	\$9,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$230,000	\$0	\$230,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000
TOTAL					1	\$534,100	\$0	\$534,100



PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 23 de junio del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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 párrafo 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:

T.I.	1060881460	Gabriela Rodriguez Mambuscay	HIJO
-------------	-------------------	-------------------------------------	-------------

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: Gustavo Adolfo Rodriguez Quinayas

C.C. 1061738533

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



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

57821621

NUIP

1.060.881.460

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código			
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
REGISTRADURÍA DE EL TAMBO - COLOMBIA CAUCA EL TAMBO									

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido					
RODRIGUEZ				MAMBOCAY					
Nombre(s)									
GABRIELA									
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH	
Año	2018	Mes	DIC	Día	29	FEMENINO	B	POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)									
COLOMBIA CAUCA POPAYAN									

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15146788-8

Datos de 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	
MAMBOCAY SOLARTE DAYANA PATRICIA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.060.878.877	COLOMBIA

Datos de padre o madre (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	
RODRIGUEZ GUINAYAS GUSTAVO ADOLFO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.061.738.535	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
RODRIGUEZ GUINAYAS GUSTAVO ADOLFO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.061.738.535	

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 2018 Mes ENE Día 03	JOSE IGNACIO ARBOLEDA ARBOLEDA REG.



57821621

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -