



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 QUINDÍO
CENTRO AGROINDUSTRIAL-QUINDÍO

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

Código Regional	63
Código Centro	912010
Fecha Elaboración	Junio de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	45221-388634

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUIS RAMIRO VARGAS ALZATE	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	4.378.476	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	lvargasa@sena.edu.co	Número de Cuenta:	06947506682
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 2024	SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
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)			
¿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:	7514204/2025	Nº Compromiso SIIF	20925	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR Y EVALUAR LA FPI DEL SENA EN LA MODALIDAD ASIGNADA POR NECESIDADES DEL SERVICIO EN EL ÁREA - AMBIENTAL / ACEITES ESENCIALES RAD 63-9-2025-001925				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/06/2025	Al	30/06/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 31.123.358
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 46.915.012
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 26.523.847

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.599.511	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.704.460	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Junio	Mayo				
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	7972526627	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.704.460,00	TARIFA	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 230.000	\$ 230.000	Valor base IVA	0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 294.400	\$ 294.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%	
ARL	\$ 9.700	\$ 9.700	Menos Retención IVA	0,00	15%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0,000%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0,000%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0,000%	
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	\$ 459.951		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 901.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.107.000			0,00		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00		
			VALOR A PAGAR	\$ 4.599.511,00		

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades desarrolladas del 01 - 31 de Junio
Asistencia a diferentes reuniones programadas por el equipo ejecutor (complementaria), Elaboración de Informes.
Divulgación de la oferta educativa, Elaboración de guías de aprendizaje, Reuniones y asistencia a cocertación de formaciones con lider
formación ficha: 3241393: Elaboración de productos de aseo para el hogar- Armenia
formación ficha: 3241576: Elaboración de productos de aseo para el hogar- Armenia
formación ficha: 3217376: Elaboración de productos de aseo para el hogar- Quimbaya
formación ficha: 3241573: Manejo de productos químicos - Circasiá
formación ficha: 3241583: Manejo de productos químicos - Circasiá
formación ficha: 3250156: Extracción de Aceites esenciales - Armenia

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli 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

LUIS RAMIRO VARGAS ALZATE
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,

VALENTINA FRANCO GUTIERREZ
INSTRUCTOR G18

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
PAOLA ANDREA VANEGAS LOAIZA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	4378476	NÚMERO PLANILLA:	7972526627	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	LUIS RAMIRO VARGAS ALZATE	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO	mayo AÑO	2025	mayo AÑO	2025
DIRECCIÓN:	CALLE 19 # 20 - 30 BLOQUE C CASA 4	TELÉFONO:	7452587	DÍAS DE MORA:	7	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1581503348
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/26		
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.400	\$ 0	\$ 294.400	\$ 1.400	\$ 0	\$ 295.800
SUBTOTALES:										\$ 294.400	\$ 1.400	\$ 0	\$ 295.800

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	\$ 0	\$ 1.100	\$ 0	\$ 230.000	\$ 1.100	\$ 0	\$ 231.100
SUBTOTALES:										\$ 230.000	\$ 1.100	\$ 0	\$ 231.100		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.700	\$ 9.700	\$ 100	\$ 0	\$ 0	\$ 9.800	
SUBTOTALES:										\$ 9.700	\$ 100	\$ 0	\$ 9.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES																																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SEGURIDAD SOCIAL																							
																									PENSIÓN				SALUD				ARP				PARAFISCALES											
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU																					
1	CC 4378476	VARGAS ALZATE LUIS RAMIRO	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.839.850				NO																230201-PROTECCION	30	1.839.850	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 294.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	1.839.850	\$ 230.000	\$ 0	\$ 230.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.839.850	\$ 9.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 536.700



Comprobante en línea

26 Jun 2025 15:42:35

Pago PSE



Pago exitoso

CUS 1581503348

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
26 Jun 2025 15:42:35

Referencia 2
CC

Número de factura
7972526627

Referencia 3
4378476

Descripción del pago
**Pago de la Planilla Integrada de
Seguridad Social y Parafisacales**

Valor del Pago
\$536,700

Número de comprobante
TR1541413348

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
**** **6682**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	4378476
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUIS RAMIRO VARGAS ALZATE
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA DEPARTAMENTO:	QUINDIO	
DIRECCIÓN:	CALLE 19 # 20 - 30 BLOQUE C	TELÉFONO:	7452587
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7972526627	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	7		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1581503348

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

		TOTALES	
		COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 295.800
SUBTOTAL:			1	\$ 295.800

SALUD

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 231.100
SUBTOTAL:			1	\$ 231.100

RIESGOS PROFESIONALES

		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 9.800
SUBTOTAL:			1	\$ 9.800

VALOR SIN MORA:	\$ 534.100
VALOR MORA:	\$ 2.600
TOTAL PAGADO:	\$ 536.700



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

ARMENIA, 28 de febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
ARMENIA

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	1114014961	Macarena Vargas Salazar	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,

LUIS RAMIRO VARGAS ALZATE
C.C. 4378476




Información de Radicación

El número de radicado asignado es:

72025094119

También recibirá un correo electrónico con esta información.

Tenga en cuenta que nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., por lo tanto, si su solicitud está fuera de este horario se empezará a procesar a partir del día hábil siguiente.

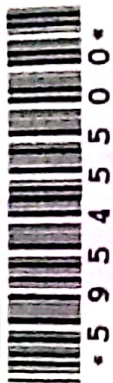
 [REGRESAR AL INICIO](#)



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serlal 59545500

NUIP 1114014961



* 5 9 5 4 5 5 0 0 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código V 7 W

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/a Inspección de Policía
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - PALMIRA NOTARIA 4 PALMIRA

Datos del inscrito

Primer Apellido VARGAS Segundo Apellido SALAZAR

Nombre(s) MACARENA

Fecha de nacimiento Año 2 0 2 1 Mes D I C Día 0 3 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH NEGATIVO

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/a Inspección)
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - PALMIRA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vi vo 168356534

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que e indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos SALAZAR OLIVEROS ANGIE LORENA

Documento de identificación (Clase y número o) CC No. 1113680370

Nacionalidad COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que e indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos VARGAS ALZATE LUIS RAMIRO

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 4378476

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos VARGAS ALZATE LUIS RAMIRO

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 4378476

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 2 0 2 1 Mes D I C Día 0 7

Nombre y firma del funcionario que autoriza RICARDO FERRÁN ESTUPIÑAN BRAVO

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -