



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 HUILA

CENTRO AGROEMPRESARIAL Y DESARROLLO PECUARIO DEL HUILA

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

Código Regional	41
Código Centro	952510
Fecha Elaboración	Julio de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	91852-299457

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JAIME HERNAN TEJADA LLANO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	71.213.779	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	jhtejada@sena.edu.co	Número de Cuenta:	10133151180
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 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:	7389274/2025	Nº Compromiso SIIF	8925	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL Y COMO APOYO A LA GESTIÓN, COMO VALIDADOR Y VINCULADOR DE RECURSOS EDUCATIVOS DIGITALES, PARA REVISAR, AJUSTAR, CARGAR, DISPONER Y CONFIGURAR EN EL ESPACIO ASIGNADO EN EL LMS.				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/07/2025	Al	31/07/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 28.445.100
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:	\$ 51.833.293
Valor Bruto Pago:	\$ 4.740.850,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 23.704.250

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.740.850	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	\$ 4.740.850	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.787.265	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 título de RENTA		
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	78953315	Base retención en la fuente a título de ICA	2.787.265,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.896.340	\$ 1.896.340	Base retención en la fuente a título de IVA	4.740.850,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 237.100	\$ 237.100	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.500	\$ 303.500	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	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Reteica - 7490 - GARZON	28.445,00	0,600%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -		0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -		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	\$ 474.085	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 929.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 4.583.000	\$ -		0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$4.712.405,00	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL CUATROCIENTOS CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ajustar y realizar subsanaciones de hallazgos del equipo de repositorio.
Revisión y registros de hallazgos de las cartillas CampeSENA.
Revisión y registros de hallazgos del equipo de producción los Componentes Formativos (CF).
Ajustar las plantillas HTML según nuevos lineamientos de Repositorio.
Participación en la coordinación y acciones orientadas por líderes de equipo
Presentación informes para cuenta de cobro en fechas establecidas con los requisitos solicitados.

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	
JAIME HERNAN TEJADA LLANO 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. El Supervisor,
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.	
EMILCEN GUTIERREZ NUÑEZ PROFESIONAL G02	

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
LUIS HUMBERTO GONZALEZ ORTIZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-07-03, 11:18:00 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2025
Empresa	JAIME HERNAN TEJADA LLANO
CEDULA CIUDADANIA	CC 71213779
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	78953315
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1602013392
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 550.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 303.500	\$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	\$ 237.100	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 9.900	\$ 0
SubTotales:				\$ 550.500	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 550.500





Comprobante en línea

3 Jul 2025 23:19:33

Pago PSE



Pago exitoso

CUS 1602013392

Comercio
ENLACE OPERATIVO S.A.

Referencia 1
172.29.10.57

Fecha
3 Jul 2025 23:19:33

Referencia 2
CC

Número de factura
78953315

Referencia 3
71213779

Descripción del pago
Pago de Seguridad Social

Valor del Pago
\$550,500

Número de comprobante
TR2318133392

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 1180**



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de febrero de 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 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:

NUIP - NIP	1020246682	Salomón Tejada Quiroz	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: JAIME HERNAN TEJADA LLANO

C.C. 71213779



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **58106479**

NUIP 1020246682

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	<input type="checkbox"/>	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Número	<input type="checkbox"/>	Consulado	<input type="checkbox"/>	Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>	Código	A	5	L
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN NOTARIA 13 MEDELLIN * * * * *															

Datos del inscrito																		
Primer Apellido								Segundo Apellido										
TEJADA * * * * *								QUIROZ * * * * *										
Nombre(s)																		
SALOMÓN * * * * *																		
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo				Factor RH						
Año	2	0	2	Mes	D	I	C	Día	0	5	MASCULINO				A		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)																		
COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN * * * * *																		

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos												Número certificado de nacido vivo			
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *												24125711230532 * *			

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															
QUIROZ GONZALEZ PAULA ANDREA * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)												Nacionalidad			
CC No. 1022096547 * * * * *												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															
TEJADA LLANO JAIME HERNAN * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)												Nacionalidad			
CC No. 71213779 * * * * *												COLOMBIA * * * * *			

Datos del declarante															
Apellidos y nombres completos															
TEJADA LLANO JAIME HERNAN * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)												Firma			
CC No. 71213779 * * * * *												<i>[Firma]</i>			

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	2	Mes	D	I	C	Día	1	0	DRA. TERESA AGUILAR RODRIGUEZ					

Reconocimiento paterno										Nombre y firma del funcionario que autoriza el reconocimiento					
<i>[Firma]</i>										TERESA AGUILAR RODRIGUEZ					

OTRO: LV 141 FOLIO 241; 10/12/2024															
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



NOTARIA TRECE (13) DE MEDELLIN
ES PIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL DEL FOLIO DEL REGISTRO CIVIL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA. VALIDA PARA TODOS LOS EFECTOS CIVILES. ARTÍCULO 1 Y DECRETO 278 DE 1972).

10 DIC 2024

TERESA AGUILAR RODRIGUEZ
NOTARIA TRECE (13)
DEL CIRCULO DE MEDELLIN



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



Oficina Virtual de Radicación SENA

17 de Febrero de 2025



MINISTERIO DEL TRABAJO

[Inicio](#)

[Nueva Radicación](#)

[Consulta Radicación](#)

[Administración](#)

Información de Radicación

El número de radicado asignado es:

72025066896

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 esta fuera de este horario se empezara a procesar a partir del día hábil siguiente.

[← REGRESAR AL INICIO](#)

Servicio Nacional de Aprendizaje
SENA - Dirección General
Calle 57 No. 8 - 69 Bogotá D.C.
(Cundinamarca), Colombia
Conmutador Nacional (57 1) 5461500 -
Extensiones

Atención presencial: lunes a viernes
8:00 a.m. a 5:30 p.m. - [Resto del país
sedes y horarios](#)

Atención telefónica: lunes a viernes
7:00 a.m. a 7:00 p.m. - sábados 8:00
a.m. a 1:00 p.m.

Atención al ciudadano: Bogotá (57 1)
3430111 - Línea gratuita y resto del



ISO 14001



ISO 9001



ISO 50001

