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 PARA EL DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA CONSTRUCCION FP

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

Código Regional	**63**
Código Centro	**923110**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**93995-018072**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JUAN CARLOS AGREDO CASTRILLON	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.114.880.710	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jcagredo@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	86682767342
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?	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?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7371889/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**22425**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTORES: PRESTAR SERVICIOS PARA PLANEAR, ORIENTAR Y EVALUAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA/COMPLEMENTARIA PRESENCIAL/VIRTUAL, CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO RAD 63-9-2025-001152

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2025**	**Al**	**30/09/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 17.018.191
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 48.908.134
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 12.418.680

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion 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 RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.704.460**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9490496696**
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.	$ 6.256.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
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

Realizar alistamiento del ambiente virtual de aprendizaje de las fichas: 3319846, 3304677, 3318548.

Seguimiento y evaluación de las evidencias correspondientes a las fichas: 3319846, 3304677, 3318548, 3307617, 3309078.

Recolección de documentos de identidad de aprendices de las fichas: 3319846, 3304677, 3318548.

Programación y ejecución de las clases sincrónicas con los aprendices de las fichas: 3319846, 3304677, 3318548.

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

JUAN CARLOS AGREDO CASTRILLON
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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

DIANA PATRICIA LOZANO CASTRO
INSTRUCTOR G16

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
ADRIANA MARITZA VANEGAS CASTILLO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

28/09/25 19:58:47 USUARIO: SIC - C.C. 1114880710

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que AGREDO CASTRILLON JUAN CARLOS identificado(a) con CC 1114880710 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JUAN CARLOS AGREDO CASTRILLON identificado(a) con CC 1114880710

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9490496696	1770550692	I	2025-09-12	EPS	EPS002	SALUD TOTAL	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																		$1,840,000	12.5%	$230,000
9490496696	1770550692	I	2025-09-12	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																		$1,840,000	16%	$294,400
9490496696	1770550692	I	2025-09-12	AFP	231001	COLFONDOS	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2025-08	30																		$1,840,000		$0
9490496696	1770550692	I	2025-09-12	AFP	231001	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2025-08	30																		$1,840,000		$0
9490496696	1770550692	I	2025-09-12	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2025-08	30																		$0	0%	$0
9490496696	1770550692	I	2025-09-12	AFP	231001	COLFONDOS	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2025-08	30																		$0	0%	$0
9490496696	1770550692	I	2025-09-12	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2025-08	30																		$1,840,000	0.522%	$9,700

Este certificado se expide el día 2025-09-11 a las 07:46.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SENA - CFP-639231
Radicacion Recibida
No:63-1-2025-001004
6/03/2025 8:50:58 a.ám.
Destinatario: 639231

CALI, 3 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

CALI

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:

TI	1114883006	ANNIE LISDEY AGREDO MARTINEZ	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,

JUAN CARLOS AGREDO CASTRILLON
C.C. 1114880710

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

CALI, 3 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

CALI

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:

TI	1114883006	ANNIE LISDEY AGREDO MARTINEZ	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,

JUAN CARLOS AGREDO CASTRILLON
C.C. 1114880710

NUIP 1.114.883.006

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50825408

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ] V X

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE FLORIDA - COLOMBIA - VALLE - FLORIDA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AGREDO	MARTINEZ

Nombre(s)

ANNIE LISDEY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes MAY Día 07	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA VALLE FLORIDA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
SOLICITUD ESCRITA	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ MENDOZA LUISA FERNANDA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 921213-10475	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

AGREDO CASTRILLON JUAN CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.114.880.710	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AGREDO CASTRILLON JUAN CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.114.880.710	x Juan Carlos A.

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

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL Florida-Valle

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2011 Mes SEP Día 12	MARIA DIOMERIS SALDAÑA RENGIFO - Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
x Juan Carlos A. Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

12.SEP.2011 - RECONOCIMIENTO PATERNO O MATERNO - CON DILIGENCIA ESCRITA. SERIAL REEMPLAZA A 0042508508 14.MAY.2008.

ESTA REPRODUCCIÓN MECÁNICA ES FIEL COPIA DE ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS

Adhesivo Copia Registro Civil

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

0225408*


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO
1.114.883.006
AGREDO MARTINEZ
APELLIDOS
ANNIE LISDEY
NOMBRES
NO FIRMA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
07-MAY-2008
FLORIDA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
07-MAY-2026
O+
F
FECHA DE VENCIMIENTO
G S RH
SEXO
16-OCT-2015 FLORIDA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-3105500-00762056-F-1114883006-20151117
0047446563A 1
3143627489