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 VALLE

CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**24283-126469**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	VICTOR ERNESTO ROJAS CELIS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.087.984.682	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	verojas2@soy.sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	27000006343
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:	7419302/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**10425**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.7419302 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, LLEVANDO A CABO LAS ACCIONES RELACIONADAS CON LA EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, DE ACUERDO CON LA RED DE CONOCIMIENTO, ÁREA TEMÁTICA Y LIN

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2025 Al 31/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 12.112.045
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.221.646
Valor Bruto Pago:	**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 7.512.534

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9491233431**
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.	$ 8.663.000		
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	4.075.111,00	
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 - 8560 - CARTAGO	8.150,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-UCEVA	22.998,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
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	**$4.568.363,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes en curso realicé las siguientes funciones:

A. Ejecución de la formación en las fichas asignadas como líder y apoyo técnico.

B. Asistencia a Desarrollo Curricular y actividades de fortalecimiento de la calidad.

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

VICTOR ERNESTO ROJAS CELIS
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,

JOSE GABRIEL GARAVITO APONTE
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
MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHORTUA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

20/10/25 07:49:21 USUARIO: SIC - C.C. 1087984682

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1087984682		ROJAS CELIS VICTOR ERNESTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz 4 casa 19 casas del campo galicia	PEREIRA-RISARALDA	1000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1817597625	9491233431	I	2025/10/21	2025/10/01	BANCOLOMBIA		$570,900

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	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1087984682	ROJAS VICTOR																		25-14	30	$1,839,804	$294,400	EPS010	30	$1,839,804	$230,000	CCF44	30	$1,839,804	$36,800	14-23	30	$1,839,804	$9,700	30	$0	$0	No	$570,900
Total	**Afiliados(1)**																						$1,839,804	$294,400			$1,839,804	$230,000			$1,839,804	$36,800			$1,839,804	$9,700		$0	$0		$570,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1087984682		ROJAS CELIS VICTOR ERNESTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	mz 4 casa 19 casas del campo galicia	PEREIRA-RISARALDA	1000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1817597625	9491233431	I	2025/10/21	2025/10/01	BANCOLOMBIA		$570,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$0	$294,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$294,400	$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	$9,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,800	$0	$36,800
COMFAMILIAR RISARALDA	CCF44	891,480,000	1	1	$36,800	$0	$36,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$0	$230,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$230,000	$0	$230,000
TOTAL				**1**	**$570,900**	**$0**	**$570,900**

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, octubre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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:

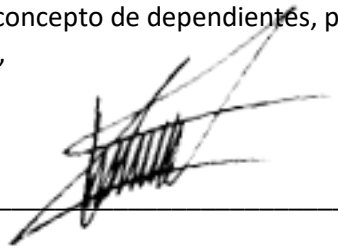
T.I.	**1089609933**	**Emmanuel Rojas Ceballos**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1088886168**	**Sara Rojas Arcila**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

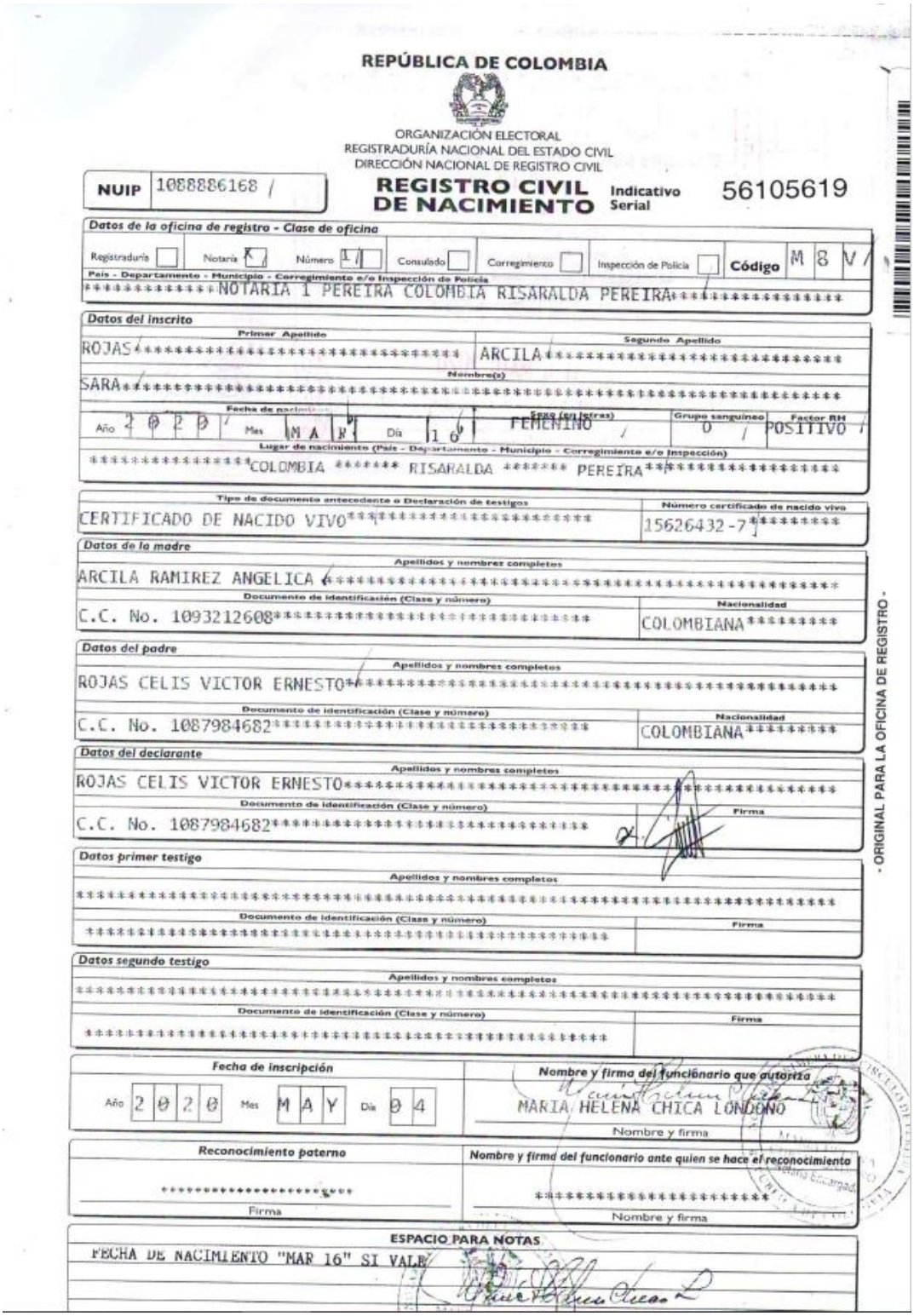
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: VÍCTOR ROJAS CELIS
C.C. 1.087.984.682



REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1088886168 /

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 56105619

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [1] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código M 8 V /

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
**********NOTARIA 1 PEREIRA COLOMBIA RISARALDA PEREIRA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROJAS**********	ARCILA**********

Nombre(s)
SARA**********

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020	Mes MAR	Día 16	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
**********COLOMBIA ******* RISARALDA ******* PEREIRA**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**********	15626432-7*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
ARCILA RAMIREZ ANGELICA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1093212608**********	COLOMBIANA*********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
ROJAS CELIS VICTOR ERNESTO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1087984682**********	COLOMBIANA*********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ROJAS CELIS VICTOR ERNESTO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1087984682**********	

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 2020 Mes MAY Día 04	MARIA HELENA CHICA LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
********** Firma	********** Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

FECHA DE NACIMIENTO "MAR 16" SI VALE

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1089609933

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44011987

44011987

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código MYV

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

COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROJAS	CEBALLOS

Nombre(s)

EMMANUEL

Fecha de nacimiento (Año / Mes / Día)	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
2010 / OCT / 17	MASCULINO		

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

COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	1097288-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CEBALLOS BUITRAGO LILY YHULIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 42149184 DE PEREIRA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ROJAS CELIS VICTOR ERNESTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1087984682 DE DOSQUEBRADAS	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ROJAS CELIS VICTOR ERNESTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC. NO. 1087984682 DE DOSQUEBRADAS	

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 2010 Mes OCT Día 19

Nombre y firma del funcionario que autoriza

FERNANDO CHICA RIOS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

FERNANDO CHICA RIOS

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -