



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 RISARALDA  
DESPACHO DIRECCION

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

Código Regional	66
Código Centro	101066
Fecha Elaboración	21 Noviembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	60602-289379

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	HOLBEIN ADRIAN GRAJALES MARTINEZ	Banco a consignar:	SCOTIABANK COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	10.034.247	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	hagrajales@sena.edu.co	Número de Cuenta:	1802029883
IP/Nº de contacto:	3496220	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	NO
¿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:	7290716/2025	Nº Compromiso SIIF	3225	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA CONTRIBUIR EN EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE ORIENTACIÓN Y EL FORTALECIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS PARA LA ATENCIÓN DE OFERENTES Y/O BUSCADORES DE EMPLEO.				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 8.480.000
Número de pago	11			Valor Total del Contrato:	\$ 48.053.333
Valor Bruto Pago:	\$ 4.240.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 4.240.000

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.240.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.240.000</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.492.700</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.492.700,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	1952082552	Base retención en la fuente a título de ICA	3.756.600,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.696.000	\$ 1.696.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 212.000	\$ 212.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 271.400	\$ 271.400	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 8.900	\$ 8.900	Reteica - 8299 - PEREIRA	7.513,00	0,200%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		0,00	0%
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	\$ 424.000	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 39.341.210	\$ 831.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 7.994.000	-			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.232.487,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

ejecutadas del 23 al 31 de octubre:  
 23 oct feria empleo expoempleo sena 24 oct feria de empleo y emprendimiento egresados Sena 27 oct. -Jornada de atención al bergue co  
 25 oct feria de empleo UNIMINUTO 27 oct -taller de orientación ocupacional a estudiantes de la universidad católica  
 Acciones realizadas del 1 al 20 de noviembre: 11 nov atención a la empresa triturados de combia. 13 nov atención a la empresa visión gr  
 18 nov Respuesta a correos m18 nov atención a la empresa aliados oxi s.a.ses de noviembre 5 nov se brinda taller de hoja de vida en fu  
 7 nov se brinda taller de hoja de vida en fundación hogar de los muchachos 14 nov se brinda taller de entrevista laboral en fundación  
 23 oct se brinda apoyo feria empleo expo empleo Sena 24 oct se brinda apoyo a la feria de empleo y emprendimiento egresados Sena  
 Acciones proyectadas del 21 al 30 de noviembre 26 nov se realizará una jornada de atención en el créeme.  
 Municipio de ejecución Pereira

**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

**HOLBEIN ADRIAN GRAJALES MARTINEZ**  
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,

**EDELBERTO ARIAS BRITO**  
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**  
**JHON DERLYNG CARDONA DELGADO**  
DIRECTOR REGIONAL (E)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 10034247
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HOLBEIN ADRIAN GRAJALES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	PEREIRA DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	MZ 13 CS 17 ANTONIO JOSE	TELÉFONO: 1111111
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:	<b>1952082552</b>	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9994491926

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

LIQUIDACIÓN GENERAL			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 271.400
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 271.400</b>

SALUD			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 212.000
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 212.000</b>

RIESGOS PROFESIONALES			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 8.900
<b>SUBTOTAL:</b>			<b>1</b>	<b>\$ 8.900</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 492.300</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 492.300</b>



## FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

PEREIRA, 23 de Enero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)  
PEREIRA

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	1013282802	Ana Maria Grajales Santoyo	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,

HOLBEIN ADRIAN GRAJALES MARTINEZ  
C.C. 10034247



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

61814821

NUIP 1013282809

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina  
Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código A 2 J

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARIA 63 BOGOTÁ DC

Datos del inscrito  
Primer Apellido: GRAJALES  
Segundo Apellido: SANTOYO  
Nombre(s): ANA MARIA  
Fecha de nacimiento: Año 2021 Mes JUL Día 19  
Sexo (en letras): FEMENINO  
Grupo sanguíneo: O  
Factor RH: POSITIVO  
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO  
Número certificado de nacido vivo: 165927682

Datos de la 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: SANTOYO BENAVIDES LEIDY JOHANNA  
Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1015411997  
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)  
Apellidos y nombres completos: GRAJALES MARTINEZ HOLBEIN ADRIAN  
Documento de identificación (Clase y número): CC No. 10034247  
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante  
Apellidos y nombres completos: GRAJALES MARTINEZ HOLBEIN ADRIAN  
Documento de identificación (Clase y número): CC No. 10034247  
Firma: [Firma manuscrita]

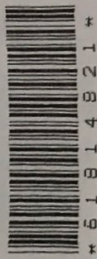
Datos primer testigo  
Apellidos y nombres completos: [Firma manuscrita]  
Documento de identificación (Clase y número):  
Firma:

Datos segundo testigo  
Apellidos y nombres completos:  
Documento de identificación (Clase y número):  
Firma:

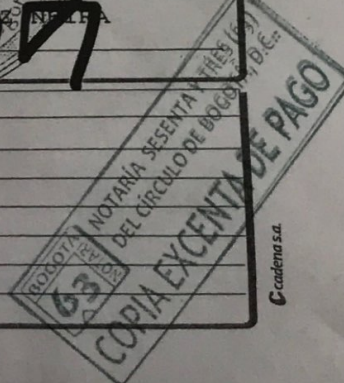
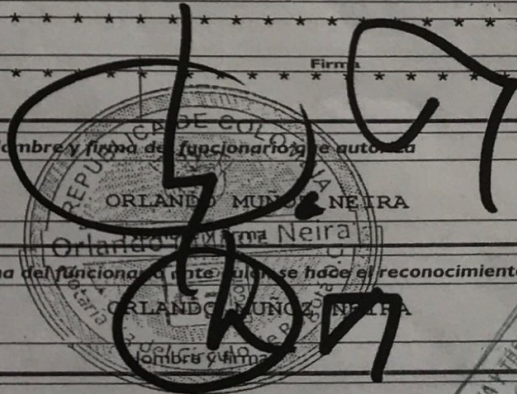
Fecha de inscripción: Año 2021 Mes JUL Día 21  
Nombre y firma de funcionario o funcionario autorizado: [Firma manuscrita]

Reconocimiento paterno: [Firma manuscrita]  
Nombre y firma del funcionario ante el cual se hace el reconocimiento: [Firma manuscrita]

OTRO: LV T 107 F270;21/07/2021  
ESPACIO PARA NOTAS



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



Cadena S.A.