

 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 DISTRITO CAPITAL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11				
			Código Centro		940510				
			Fecha Elaboración		Noviembre de 2025				
			Versión		ENERO - 2.25				
			ID de Proceso		13633-959069				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		ALEXANDER QUINTERO TORRES		Banco a consignar:		AV VILLAS			
Cédula de Ciudadanía		79.973.698		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		alexquinterotorres@gmail.com		Número de Cuenta:		545907128			
IP/N° de contacto:		12721		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?						NO			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						NO			
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									
N° del contrato:		7796964/2025	N° Compromiso SIIF		59525	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestación de servicios profesionales de carácter temporal, con autonomía técnica, administrativa, financiera y tecnológica, para dar cumplimiento a los procesos formativos dirigidos a los aprendices en las competencias							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/11/2025	Al		30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 8.125.801	
Número de pago		8		Valor Total del Contrato:		\$ 37.256.031			
Valor Bruto Pago:		\$ 4.599.510,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 3.526.291			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 4.599.510		Ninguno		0,00%			
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0			
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.599.510		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.704.459							
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a título de RENTA		2.704.459,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		91301906		Base retención en la fuente a título de ICA		4.075.110,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804		\$ 1.839.804		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000		\$ 230.000		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400		\$ 294.400		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 9.700		\$ 9.700		Reteica - 8299 - BOGOTÁ		39.366,00	0,966%
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		\$ 459.951				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 29.505.907		\$ 901.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 5.896.000				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				VALOR A PAGAR		\$4.560.144,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Desarrollar las actividades de aprendizaje derivadas de las competencias del programa de formación asignado									
Aplicar los lineamientos establecidos en la Guía Orientación Formación ambientes virtuales de aprendizaje									
Cumplir con la ejecución de la Formación que se asigne para el acompañamiento de aprendices en Ambientes Virtuales de Aprendizaje									
Gestionar las novedades académicas presentadas por cada uno de los aprendices asignados									
Apoyar y acompañar las actividades transversales requeridas en el marco del programa de formación asignado									
Presentar informes y soportes requeridos por el supervisor del contrato conforme a las necesidades del servicio									
Participar y desarrollar los cursos de formación complementaria de la ruta pedagógica determinados por el supervisor del contrato.									
Asistir a las reuniones programadas por la coordinación académica y/o subdirección de centro.									
Realizar actividades enfocadas a la retención de los aprendices asignados, aplicando la ruta de atención para la prevención de la dese									
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									
ALEXANDER QUINTERO TORRES 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 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.									
Autorizo el presente pago. El Supervisor,									
YULY ESPERANZA AVILA VARGAS INSTRUCTOR G13									
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 JORGE ORLANDO VALLEJO SUAREZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)									

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79973698	ALEXANDER QUINTERO TORRES		Calle 6d 79 a 56 interior 8 ap 266	7566151	alexquinterotorres@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-10	2025-10	I	07/11/2025	91301906	\$1.167.500
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	470.400	0		0		0	0	0	0	470.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	602.100	0	0	0	0	0	0		602.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	19.700				19.700	0	0	19.700			197	19.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF22	Colsubsidio				860007336-1	75.300	0
						0	0
						75.300	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	470.400	470.400
Pensión	1	602.100	602.100
Riesgos Laborales	1	19.700	19.700
CCF	1	75.300	75.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.167.500	1.167.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79973698	ALEXANDER QUINTERO TORRES		Calle 6d 79 a 56 interior 8 ap 266	7566151	alexquinterotorres@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	07/11/2025	91301906	\$1.167.500
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Sueldo	Excedente	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79973698	QUINTERO TORRES ALEXANDER				59	0		N																	230201	3.763.000	602.100	0	0		0	0	EPS017	3.763.000	470.400	14-23	3.763.000	1	19.700	CCF22	3.763.000	75.300	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 10 de noviembre de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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	1013011196	GABRIELA QUINTERO VELASQUEZ	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,

ALEXANDER QUINTERO TORRES
C.C. 79973698

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1013011196

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51214442

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 27	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código A 2 E
--	---	-----------	------------------------------------	--	--	--------------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ

Datos del inscrito

Primer Apellido QUINTERO	Segundo Apellido VELASQUEZ
Nombre(s) GABRIELA	
Fecha de nacimiento Año 2011 Mes ABR Día 26	Sexo (en letras) Femenino
Grupo sanguíneo B	
Factor RH Positivo	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección) COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ	

Tipo de documento, antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo 10720792-8
--	---

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos VELASQUEZ GARZON NUBIA CONSUELO	
Documento de identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 52519419	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos QUINTERO TORRES ALEXANDER	
Documento de identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79973698	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos QUINTERO TORRES ALEXANDER	
Documento de identificación (Clase y número) CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79973698	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 2011 Mes ABR Día 27	Nombre y firma del funcionario que inscribió MANUEL CASTRO BLANCO Nombre y firma
---	--

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

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO