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 DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO

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

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**25064-401504**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CESAR AUGUSTO TORRES ACEVEDO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	7.551.721	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	catorresa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	06968182739
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**	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

Nº del contrato:	7466100/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**24925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestación de servicios para orientar la formación profesional integral complementaria, en la modalidad presencia, de acuerdo con los modelos formativos que sean establecidos en el Centro de Comercio y Turismo del SENA Regional Quindío en los programas para población vulnerable, atendiendo las políticas institucionales y la normativa vigente.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2025**	**Al**	**30/11/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 8.125.803
Número de pago	**10**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.681.597
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 3.526.292

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 133.268	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.732.779**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.794.401**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9493455536**
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		$ 473.278	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 931.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.969.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.794.401,00	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

Se realizan acciones de alistamiento de Planeación pedagógica, guías de aprendizaje, instrumentos de evaluación y Material de apoyo pa
Durante el presente mes y de forma constante se promueve el correcto decoro, lealtad y buena fe, en la ejecución de las obligaciones c
En el presente mes se realizaron acciones de formación a los diferentes grupos en Higiene y Manipulación de Alimentos y comidas rápida
Durante el presente mes se generan acciones que reportan la presente obligación.
Durante el presente mes se generan acciones que reportan la presente obligación.
Solicitud de creación y posterior caracterización de fichas de formación, para formación en Manipulación de alimentos
En la presente vigencia se realizó el curso de re inducción al programa de SST, Y manejo adecuado de la discapacidad para la vigencia
Se formularon acciones de promoción de las formaciones ligadas al programa de formación y las correspondientes según convocatoria gene
Se desarrollaron acciones de revalidación de la certificación a la norma de competencia laboral, "orientar formación presencial y/o vi

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

CESAR AUGUSTO TORRES ACEVEDO
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,

SEBASTIAN BETANCOURT GALLEGO
INSTRUCTOR G03

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
CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7551721		TORRES ACEVEDO CESAR AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	URB LOMA VERDE MZ H CASA 1	ARMENIA-QUINDIO	7414789	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	93455536	9493455536	I	2025/11/07	2025/11/24	BANCO AV VILLAS	17	$575,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$44,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$44,900		$0	$0
Ciudad: ARMENIA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$44,900		$0	$0
1	CC 7551721	TORRES CESAR	25-14	30	$1,840,000	$294,400	EPS010	30	$1,840,000	$230,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,840,000	$44,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,840,000	$294,400			$1,840,000	$230,000			$0	$0			$1,840,000	$44,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7551721		TORRES ACEVEDO CESAR AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	URB LOMA VERDE MZ H CASA 1	ARMENIA-QUINDIO	7414789	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	93455536	9493455536	I	2025/11/07	2025/11/24	BANCO AV VILLAS	17	$575,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$3,200	$0	$297,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$294,400	$3,200	$0	$297,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,900	$500	$0	$45,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$44,900	$500	$0	$45,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$2,500	$0	$232,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$230,000	$2,500	$0	$232,500
TOTAL				**1**	**$569,300**	**$6,200**	**$0**	**$575,500**

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PI

Número identificación del Aportante / Pin Único: 7551721

Valor a Pagar $:

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 9493455536

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2025 Mes 10

```
AVV 313 20251124 08:55 SC  75  LINEA   D
VR PAGADO:      575,500.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:9493455536                    0
ID:7551721
Fecha Aplicación:20251124   PIN:85541
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

Impreso por: dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.58

CAP-PR0-083-V2

Powered by CamScanner

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHcaospina	CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-063-953810	CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO
Fecha y Hora Generación Reporte:	jueves, 23 de octubre de 2025	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	91425	**Fecha Solicitud**	2025-10-22	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad**	- 36-02-00-063-953810 CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO	
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2025-10-23	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	No	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Via	Terrestre	**Área u Oficina**	COORDINACION ACADEMICA			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	6525	**Dependencia Solicitante**	953810 CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3602-1300-11-20305C-3602031-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN COMPETENCIAS PARA LA INSERCIÓN LABORAL - MEJORAMIENTO DE LAS COMPETENCIAS PARA LA EMPLEABILIDAD DE LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO POR EL CONFLICTO ARMADO A NIVEL NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	-

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	N°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
CESAR AUGUSTO TORRES ACEVEDO	CC: 7561721	INSTRUCTOR CONTRATISTA	Autorizada	2025-11-04	2025-11-04	QUINDIO / ARMENIA	QUINDIO / CALARCA	0,5	No	50	0,5	4.599.511,00	266.535,00	133.268,00	0,00	133.268,00	Impartir formacion bajo el programa de Población Vulnerable en preparacion de comidas rapidas
											Totales Solicitud de Comisión			**133.268,00**	**0,00**	**133.268,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

Impartir formacion bajo el programa de Población Vulnerable en preparacion de comidas rapidas

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	18403004	Nombre:	CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO - QUINDIO

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	"" Firmado digitalmente por MINISTERIO DE HACIENDA Y	Cargo:	""

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2025-000822
26/02/2025 9:04:45 a. m.
Destinatario: 639538

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 25 de febrero 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:

NUIP - NIP	**1091887619**	**VALERIE TORRES ESTRADA**	**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: Cesar Augusto Torres Acevedo
C.C. 7551721

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

NUIP 1091387619

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53193960

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código N 3 2

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TORRES	ESTRADA

Nombre(s)
VALERIE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes 02 Día 11	FEMENINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	11985258-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
ESTRADA TRUJILLO DIANA JULIETH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c. 41.928.759 de Armenia	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
TORRES ACEVEDO CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c. 7.551.721 de Armenia	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
TORRES ACEVEDO CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
c.c. 7.551.721 de Armenia	

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 2013 Mes 02 Día 19	DR. JUAN CARLOS RAMIREZ [illegible] Nombre y firma

Reconocimiento interno

Firma

[illegible] QUINDIO, QUE LA [illegible] FOTOCOPIA ESTA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA.

SE EXPIDE PARA: Tramites.

A SOLICITUD DE: Cesar Augusto Torres.

IDENTIFICADO CON C.C. No 7'551.721.

NOTARIA TERCERA

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
DR. JUAN CARLOS RAMIREZ [illegible] Nombre y firma

NOTARIA TERCERA ARMENIA Q.

ESPACIO PARA NOTAS

20 DIC. 2013

NOTARIA TERCERA
NOTARIO (E)
ARMENIA Q.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner