

SENA
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)

CÓDIGO REGIONAL: 950910
Código Centro: 950910
Fecha Elaboración: Noviembre de 2025
Versión: ENERO - 2.25
ID de Proceso: 14334-811493

REGIONAL CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINMARCA
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

25

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GUILLERMO PULIDO MORENO	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	79.984.069	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	gpulidom@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0550488412858950
IP/N° de contacto:	3105608088	Presta Servicios Excluidos de IVA:	SI
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:		Ninguno	
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.		0,00%	

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7449093/2025	Nº Compromiso SIIF	24125	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CAMPESENA - GESTIÓN DE EMPRESAS AGROPESCUARIAS. PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRRI				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/11/2025	Hasta	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 8.125.802
Número de pago	10			Valor Total del Contrato:	\$ 46.761.694
Valor Bruto Pago:	\$ 4.599.511,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 3.526.291

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.599.511	TOTAL REFEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.704.460		

LIIQUIDADÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACION DEL NETO A PAGARTABLA

		Noviembre	Octubre			
Nº Planilla PILA, O , Nº Radicación pago SS		-----	91169283	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.839.804		Base retención en la fuente a título de ICA	4.075.111,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 230.000	\$ 230.000		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 294.400	\$ 294.400		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0		Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 9.700	\$ 9.700		Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-		Reteica - 8299 - VILLETA	32.601,00	0,800%
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%	\$36.062.775	\$ 901.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 7.577.000	-		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-		VALOR A PAGAR	\$4.566.910,00	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS MICTEACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGOTABLA| |
| --- |
| FICHA 3348975 - HERRAMIENTAS PARA EL FOMENTO DE LA ASOCIATIVIDAD RURAL PRODUCTIVA. 36 H |
| FICHA 3029960 - GESTIÓN DE EMPRESAS AGROPESCUARIAS 72 H |
| 3388368 - APLICACION DE TECNICAS PARA EL ESTABLECIMIENTO Y MANEJO DE LA AGRICULTURA URBANA 48 H |

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFIICO, 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	Gf GUILLERMO PULIDO MORENOEL CONTRATISTA
--	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATOEn mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;	Autorizo el presente pago. El Supervisor, [Firma] HARBY ENRIQUE QUINTERO ESPITIAPROFESIONAL G02
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.	

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
DAVID ERNESTO AVILA CUBILLOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79984069	GUILLERMO PULIDO MORENO		Carrera 11 No. 5-45	8427998	guilopm@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-10	2025-10	I	14/11/2025	91169283	\$543.700

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	230.000	0		0		0	0	0	0	230.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	294.400	0	0	0	0	0	0		294.400	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	19.300				19.300	0	0	19.300			193	19.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	230.000	230.000
Pensión	1	294.400	294.400
Riesgos Laborales	1	19.300	19.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	543.700	543.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79984069	GUILLERMO PULIDO MORENO		Carrera 11 No. 5-45	8427998	guilopm@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	
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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	14/11/2025	91169283	\$543.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludgo	Extempore	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TDE	TDP	TDP	VSP	VST	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	SA	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	79984069	PULIDO MORENO GUILLERMO	59	0		N																		25-14	1.840.000	294.400	0	0	0	0	EPS008	1.840.000	230.000	14-23	1.840.000	2	19.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICADO DE NO UTILIZACION DE COSTOS Y DEDUCCIONES
ASOCIADOS A RENTAS DE TRABAJO

(Inciso 1 del Parágrafo 2 del Artículo 383 del E.T., modificado por el artículo 8 de la Ley 2277 de 2022 - Numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016 modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023)

Yo GUILLERMO PULIDO con documento de identificación No. 79984069

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO
QUE:

Estoy vinculado al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, hasta el 23 de Diciembre de 2025 mediante contrato por prestación de servicios y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las renta de trabajo, informo que no hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato suscrito con la entidad (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

CIUDAD Y FECHA Villeta 18/11/2025

FIRMA  _____

ORGANISMO: Contratista

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1014887421

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 55097051
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 52	Contulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código A 3 H
--	---	-----------	------------------------------------	--	--	--------------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido PULIDO		Segundo Apellido RAMOS	
Nombre(s) SALOMÓN			
Fecha de nacimiento Año 2014 Mes SEP Día 10		Sexo (en letras) MASCULINO	Grupo sanguíneo O
		Factor RH POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección) COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo 13074873-0
---	---

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos RAMOS ROMERO LUZ ELENA	
Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 35530203 DE FACATATIVA	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos PULIDO MORENO GUILLERMO	
Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 79984069 DE BOGOTA	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos PULIDO MORENO GUILLERMO	
Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 79984069 DE BOGOTA	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 2014 Mes SEP Día 15	Nombre y firma del funcionario que autoriza LUIS ENRIQUE SANCADO LORA
---	--

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

ESPACIO PARA NOTAS



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Villeta, 31 de Noviembre 2025

Señores

SERVICIONACIONAL 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	1014887421	SALOMON PULIDO RAMOS	HIJO
-----------------	------------	-----------------------------	------

Todavía 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: Guillermo Pulido Moreno

C.C. 79.984.069