



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 ANTIOQUIA

COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL PECUARIO Y TURISTICO - ANTIOQUIA

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

Código Regional	5
Código Centro	950410
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	20524-551848

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JAIRSON ZUÑIGA LLOREDA	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	11.813.116	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	jzunigal@sena.edu.co	Número de Cuenta:	30087299046
IP/Nº de contacto:		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?			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:	8216714/2025	Nº Compromiso SIIF	290725	Número de pagos durante la vigencia del contrato	4
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar servicios personales de carácter temporal para impartir la formación Profesional Titulada y/o complementaria en la red de conocimiento Ambiental, modalidad presencial en el Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico.				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/12/2025	Al	19/12/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 2.913.024
Número de pago	4	Valor Total del Contrato:	\$ 16.251.606		
Valor Bruto Pago:	\$ 2.913.024,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 2.913.024	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.913.024	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 1.651.022	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Diciembre	Noviembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	9494950559	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.651.022,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de ICA	2.507.224,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 230.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 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	\$ 14.900	\$ 19.300	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299	0,00	0,400%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0,400%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0,400%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0,400%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Jaime Isaza Cadavid	11.652,00	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	\$ 291.302		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 13.113.736	\$ 550.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.607.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$2.901.372,00	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS UN MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Brindó formación profesional integral en la tecnología en actividad física - jornada tarde- lunes.
Impartió formación profesional integral en la técnica en apoyo administrativo en salud- jornada tarde-viernes- San Pedro de Urabá.
Brindó formación profesional integral en la tecnología en gestión contable y de información financiera- jornada mañana- martes.

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

**JAIRSON ZUÑIGA LLOREDA
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,

**MARICELA BARRERA MONTAÑEZ
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
HAROLD EDUARDO VELEZ CASTRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11813116		ZUÑIGA LLOREDA JAIRSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 65 N 40 A 25	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3864078	Si

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)					\$1,839,805	\$294,400			\$1,839,805	\$230,000			\$0	\$0			\$1,839,805	\$19,300			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,839,805	\$294,400			\$1,839,805	\$230,000			\$0	\$0			\$1,839,805	\$19,300			\$0	\$0
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)					\$1,839,805	\$294,400			\$1,839,805	\$230,000			\$0	\$0			\$1,839,805	\$19,300			\$0	\$0
1	CC 11813116	ZUÑIGA LLOREDA JAIRSON	230301	30	\$1,839,805	\$294,400	EPS010	30	\$1,839,805	\$230,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,839,805	\$19,300	0		\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,839,805	\$294,400			\$1,839,805	\$230,000			\$0	\$0			\$1,839,805	\$19,300			\$0	\$0

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2008606088	9494950559	I	2025/12/04	2025/12/15	BANCOLOMBIA	11	\$547,600
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$294,400	\$2,100	\$0	\$296,500
PORVENIR	230301		800,224,808	8	1	\$294,400	\$2,100	\$0	\$296,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$19,300	\$200	\$0	\$19,500
ARL SURA	14-11		890,903,790	5	1	\$19,300	\$200	\$0	\$19,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$230,000	\$1,600	\$0	\$231,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010		800,088,702	2	1	\$230,000	\$1,600	\$0	\$231,600
TOTAL					1	\$543,700	\$3,900	\$0	\$547,600



PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 19 de diciembre 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.	1077456746	JACKELIN ZUÑIGA PALACIOS	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,

Jairson Zuñiga Lloreda

FIRMA

Nombre: Jairson Zuñiga Lloreda
C.C. 11.813.116



NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.077.456.746**

ZUÑIGA PALACIOS

APELLIDOS

JACKELIN

NOMBRES

Jackeline Zuniga

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-AGO-2008**

QUIBDO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

07-AGO-2026

FECHA DE VENCIMIENTO

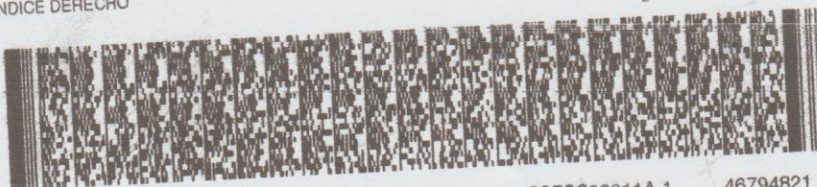
20-SEP-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+
G S RH

F
SEXO

Juan Carlos Galindo Vacha
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



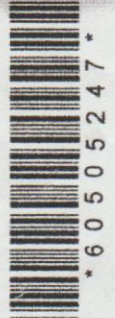
P-1500150-00871089-F-1077456746-20161214

0052606011A 1

46794821



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



* 6 0 5 0 5 2 4 7 *

NUIP 1.077.456.746

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 60505247
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código Z X Q
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE AUXILIAR 1 CALI 19 - COLOMBIA - VALLE CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido Segundo Apellido
ZUNIGA PALACIOS
Nombre(s)

JACKELIN

Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH
Año 2008 Mes AGO Día 07 FEMENINO A POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA CHOCO QUIBDO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo

ESCRITURA PUBLICA 1416 DE 22/10/2020

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

PALACIOS PALACIOS ANA LUCIA

Documento de Identificación (Clase y número) Nacionalidad
CC 1.151.941.536 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

ZUNIGA LLOREDA JAIRSON

Documento de Identificación (Clase y número) Nacionalidad
CC 11.813.116 COLOMBIA

Datos del declarante Apellidos y nombres completos

PALACIOS PALACIOS ANA LUCIA

Documento de Identificación (Clase y número) Firma
CC 1.151.941.536 Ana Lucia Palacios Palacios

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 2021 Mes MAR Día 16 HECTOR ULICES DIAZ CERÓN REGIS
Nombre y firma

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

Firma Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

18.MAR.2021 - SERIAL REEMPLAZA A - 0050097654 - 14.ENE.2011.
CORRECCION DATOS DE PADRE O MADRE - *[Signature]*

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -