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 VALLE

CENTRO DE DISEÑO TECNOLOGICO INDUSTRIAL-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**922910**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**00689-066721**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GUSTAVO ADOLFO CHAVEZ MARTINEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	14.899.459	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	gustavochavez2@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	30150900557
IP/Nº de contacto:	22767	**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 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	9205381/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**15326**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR, EJECUTANDO LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA EL PROGRAMA REGULAR, FORMACIÓN POR HORAS

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2026**	**Al**	**31/03/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 31.084.760
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 34.356.840
Valor Bruto Pago:			**$ 3.272.080,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 27.812.680

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.272.080	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.272.080**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.802.072**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**6009068392**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.750.905	$ 1.750.905
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 218.900	$ 218.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.200	$ 280.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 42.700	$ 42.700
		$	
		$	
		$	
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		$ 327.208	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 601.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 601.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.802.072,00	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%
Pro-UCEVA	16.360,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
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	**$3.255.720,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Planear las actividades de aprendizaje para el logro de los resultados de aprendizaje en el marco del proyecto formativo.

Participar en la programación y ejecución del proceso de inducción de aprendices de formación titulada conforme a la planeación.

Impartir formación a aprendices en el programa de formación presencial y con el apoyo de las plataformas dispuestas por la entidad

Realizar el seguimiento de cada aprendiz mediante la orientación y acompañamiento a las actividades de aprendizaje en etapa lectiva.

Reportar avances o dificultades de los aprendices de manera oportuna a la coordinación académica en los formatos y tiempos.

Valorar las evidencias de aprendizaje de manera cualitativa, permanente y oportuna teniendo en cuenta lo definido en la planeación.

Registrar con oportunidad los juicios evaluativos en el aplicativo Sofía Plus conforme al logro de los resultados de aprendizaje.

Participar de las jornadas de desarrollo curricular convocadas por las redes de conocimiento para garantizar integralidad.

Realizar seguimiento y gestión de los proyectos formativos.

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



GUSTAVO ADOLFO CHAVEZ MARTINEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En 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;

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,

WALTER RENTERIA PALACIOS
COORDINADOR ACADÉMICO

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
ALEX AMED VALENCIA ROJAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

10/03/26 07:54:00 USUARIO: SIC - C.C. 14899459

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	14899459
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		GUSTAVO ADOLFO CHAVEZ MARTINEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 55 # 1 - 94 BLOQUE 4	TELÉFONO:	4876523
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación tecnológica.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6009068392**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/03/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		98187789

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 280.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 218.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 218.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 42.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 541.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 541.800**

Planilla Pagada

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cali, 10 de Marzo de 2026

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.	**1107862688**	**Stiven Chávez Gómez**	**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: Gustavo Adolfo Chávez Martínez

C.C. 14.899.459 de Buga (Valle)

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.107.862.688

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43940392

Datos de la oficina de registro – Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] 12 Número Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 5 2

País – Departamento – Municipio – Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 12 CALI – COLOMBIA – VALLE – CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido: CHAVEZ — Segundo Apellido: GOMEZ

Nombre(s): STIVEN

Fecha de nacimiento: Año 2010 Mes DIC Día 27 — Sexo (en letras): MASCULINO — Grupo sanguíneo: O — Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País – Departamento – Municipio – Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA VALLE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO — Número certificado de nacido vivo: 52526865-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GOMEZ DURAN ISABEL CRISTINA

Documento de identificación (Clase y número): CC 67.031.036 — Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CHAVEZ MARTINEZ GUSTAVO ADOLFO

Documento de identificación (Clase y número): CC 14.899.459 — Nacionalidad: COLOMBIA

COMFANDI
AUXILIAR ACOMPAÑAMIENTO AL CLIENTE
29 OCT 2011
Graciela Elena Ossa
RECIBIDO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CHAVEZ MARTINEZ GUSTAVO ADOLFO

Documento de identificación (Clase y número): CC 14.899.459 — Firma: X C.C. 14.899.459

NOTARIA DOCE DEL CIRCULO DE CALI
COPIA AUTENTICA

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:

31 DIC 2010

Fecha de inscripción: Año 2010 Mes DIC Día 28

Número y firma del funcionario que autoriza: JOSE FRANCISCO SOTO FERNANDEZ – N

Departamento del Valle del Cauca
Notaría Doce del Círculo de Cali
Nombre y firma
JOSE FRANCISCO SOTO FERNANDEZ

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -