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	Abril de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	18486-826228

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JENNY PERDOMO ARBOLEDA	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	41.941.288	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	jperdomoa@sena.edu.co	Número de Cuenta:	000080738594
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 2025	SI

¿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:	8921198/2026	Nº Compromiso SIIF	15426	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestación de servicios con el fin de Orientar la formación profesional integral titulada y/o complementaria en la modalidad presencial y/o virtual, de acuerdo con los modelos formativos que hayan sido establecidos por el SENA y los programas de formación ofertados por el Centro de Comercio y Turismo regional Quindío, atendiendo las políticas institucionales y la normativa

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/04/2026	Al	30/04/2026	Saldo Anterior del Contrato:	$ 39.794.975
Número de pago	3			Valor Total del Contrato:	$ 49.112.052
Valor Bruto Pago:		$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:	$ 35.057.478

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 4.737.497		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.785.747	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	9502524825
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
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		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.830.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	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	$ 4.737.497,00	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Implementación de material correspondiente a la formación, ajustado en los formatos de calidad del Centro.

Cumplir con las obligaciones del objeto contractual con respeto dejando en alto el buen nombre de la entidad

Se ejecutan las actividades relacionadas con la formación profesional integral de acuerdo con la programación

Se impartió formación con ética profesional, promoviendo el proceso de enseñanza - aprendizaje- evaluación.

Cuento con la certificación Orientar formación E- learning de acuerdo con procedimientos técnicos y normativa - NIVEL AVANZADO

Cuento con la certificación NCL Orientar formación presencial de acuerdo con procedimientos técnicos y normativa – NIVEL AVANZADO

Las demás actividades desarrolladas se reflejan en el informe mensual de ejecución contractual

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

JENNY PERDOMO ARBOLEDA
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,

JACKELINE VARON MORALES
PROFESIONAL G08

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

11/04/26 16:15:39 USUARIO: SIC - C.C. 41941288

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 41941288		PERDOMO ARBOLEDA JENNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 2 norte 18-144	ARMENIA-QUINDIO	7348164	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	203625942	9502524825	I	2026/04/23	2026/04/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$609,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,100,000	$336,000			$2,100,000	$262,500			$0	$0			$2,100,000		$11,000		$0	$0		$609,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,100,000	$336,000			$2,100,000	$262,500			$0	$0			$2,100,000		$11,000		$0	$0		$609,500
Ciudad: ARMENIA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)																						$2,100,000	$336,000			$2,100,000	$262,500			$0	$0			$2,100,000		$11,000		$0	$0		$609,500
1	CC	41941288	PERDOMO JENNY																	25-14	30	$2,100,000	$336,000	EPS017	30	$2,100,000	$262,500		0	$0	$0	14-23	30	$2,100,000	0.522%	$11,000	0	$0	$0	No	$609,500
Total	**Afiliados(1)**																					$2,100,000	$336,000			$2,100,000	$262,500			$0	$0			$2,100,000		$11,000		$0	$0		$609,500

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$336,000	$0	$0	$336,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$336,000	$0	$0	$336,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,000	$0	$0	$11,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,000	$0	$0	$11,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$262,500	$0	$0	$262,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$262,500	$0	$0	$262,500
TOTAL				**1**	**$609,500**	**$0**	**$0**	**$609,500**

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
203625942

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9502524825

Fecha
07/04/2026

Número de aprobación
00625942

Dirección IP
181.53.99.134

Valor transacción
$ 609.500,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
181.53.99.134	CC	41941288

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2026-000592
12/02/2026 2:12:42 p. m.
Destinatario: 639538

PROCESO		
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública [x]	Pública Clasificada [ ]	Pública Reservada [ ]

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Armenia, 12 de febrero de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Armenia, Quindío

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:

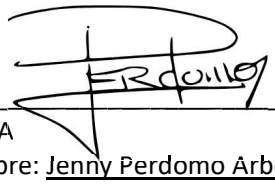
R.C.	**1092863132**	**SAMUEL VELASCO PERDOMO**	**HIJO**

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: Jenny Perdomo Arboleda
C.C. 41941288 de Armenia

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1092863132

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59722181

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 5011

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VELASCO	PERDOMO

Nombre(s): SAMUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes JUN Día 20	MASCULINO	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* *	15129976-9

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: PERDOMO ARBOLEDA JENNY* * * * * * * * * * * * * * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 41.941.288 ARMENIA, QUINDIO* *	COLOMBIANA

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: VELASCO VALENCIA DIEGO FERNANDO***********************************

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79.667.232 BOGOTA D.C* *	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: VELASCO VALENCIA DIEGO FERNANDO ********* *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 79.667.232 BOGOTA D.C ************************************	Diego F. Velasco

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 2019 Mes JUL Día 04	JOSE RAMIRO GARCIA LADINO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIO ... ARMENIA QUINDIO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

59722181

THOMAS GREG & SONS.