

 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	63	
	REGIONAL QUINDÍO		Código Centro	923110	
	CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCION FP		Fecha Elaboración	Mayo de 2026	
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 1,26	
			ID de Proceso	73643-528358	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: CRISTHIAN FELIPE VANEGAS TELLEZ		Banco a consignar: BANCO FALABELLA			
Cédula de Ciudadanía: 1.097.394.438		Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: cvanegast@sena.edu.co		Número de Cuenta: 1097394438			
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 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 SI					
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: 9161067/2026		Nº Compromiso SIIF: 13826		Número de pagos durante la vigencia del contrato: 11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL PARA LOS PROGRAMAS A POBLACIÓN VÍCTIMA Y/O VULNERABLE RAD 63-9-2026-001374			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del: 01/05/2026		Al: 31/05/2026		Saldo Anterior del Contrato: \$ 35.057.478	
Número de pago: 4				Valor Total del Contrato: \$ 49.112.052	
Valor Bruto Pago: \$ 4.737.497,00				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 30.319.981	
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 \$ 3.148.397		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Mayo	Abril	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 3.148.397,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	6016274666	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900	\$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200	\$ 303.200	Menos Retención en la Fuente	0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00 15%
ARL V		\$ -	\$ 0	Reteica - 8299	0,00 0,000%
		\$ -			0,00 0,000%
		\$ -			0,00 0,000%
		\$ -			0,00 0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			0,00 0,000%
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		\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Salud hasta \$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$37.927.505		\$ 1.049.000			0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 4.167.000				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Retención en la Fuente Contingente \$				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					
Participar y generar elementos constitutivos de la planeación y desarrollo de los procesos formativos, de acuerdo con los lineamientos					
Prestar apoyo a la supervisión, seguimiento y control de los contratos que le sean asignados por la Entidad, cuando así se requiera, d					
Evaluar los aprendizajes previos, a que haya lugar, correspondientes a las fichas asignadas, de acuerdo con los procedimientos, plazos					
Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el diseño curricular, el proyecto formativo y la planeación pedagógica de lo					
Emitir juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizaje de las competencias del programa, adquiridos					
Participar cuando el centro de formación lo requiera, en jornadas de diseño y desarrollo curricular de programas, conforme a las neces					
Participar, cuando el centro de formación lo requiera, en proyectos y/o eventos de investigación técnica y/o pedagógica para fortalece					
Recolectar, organizar y entregar los soportes del procedimiento de Ingreso de aprendices al programa de formación tales como: ficha de					
Apoyar la gestión de la meta de formación complementaria del Centro con la apertura de formaciones durante la ejecución de su objeto c					
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					
					
CRISTHIAN FELIPE VANEGAS TELLEZ 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 periodo 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,					
					
SANDRA MONICA BENAVIDES GIRALDO INSTRUCTOR G20					
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 LUCY ALEJANDRA GUTIERREZ RENGIFO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1097394438
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CRISTIAN FELIPE VANEGAS TELLEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 23 # 42 57 BARRIO EL TELÉFONO:	7500314
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6016274666	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN:
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		302462222

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 320.000
SUBTOTAL:			1	\$ 320.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	\$ 250.000
SUBTOTAL:			1	\$ 250.000

VALOR SIN MORA:	\$ 570.000
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 570.000

