



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 TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE

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

Código Regional	76
Código Centro	954310
Fecha Elaboración	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	49735-068227

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	RITO ALFONSO SALAZAR MOYA	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	93.387.895	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	rasalazar@sena.edu.co	Número de Cuenta:	24049176869
IP/Nº de contacto:	23607	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?			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			
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)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	8851385/2026	Nº Compromiso SIIF	24526	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	APOYOS ADMIN Y GESTION: CESION CO1.PCCNTR.8851385 PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO ARTICULADOR DE PLANEACIÓN EN EL CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES, MEDIANTE LA COORDINACIÓN, SEGUIMIENTO Y APOYO EN LA FORMULACIÓN, EVALUACION DE PROYECTOS				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 38.192.400
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 50.923.200
Valor Bruto Pago:	\$ 4.774.050,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 33.418.350

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.774.050	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.774.050</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.806.245</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Mayo	Abril			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	6016828882	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.806.245,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.909.620	\$ 1.909.620	Base retención en la fuente a título de ICA	4.229.650,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 238.800	\$ 238.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 305.600	\$ 305.600	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	\$ 10.000	\$ 10.000	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - CALI	0,00	0,000%
			Reteica - 8299 - CARTAGO	25.378,00	0,600%
				0,00	0%
				0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Pro-UCEVA	23.870,00	0,500%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Universidad del Pacifico	0,00	0,500%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ 477.405		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 37.927.505	\$ 936.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.696.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.724.802,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS DOS PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Revisión plan tecnológico
Participación en reuniones subdirección de centro
Revisión y análisis presupuestal de centro
Análisis y registro de indicadores de gestión y presupuesto en TAYANA
Participación relacionamiento sindical
Construcción matriz de pertinencia III oferta

<b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b>	
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	
	<b>RITO ALFONSO SALAZAR MOYA</b> <b>EL CONTRATISTA</b>

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	Autorizo el presente pago. El Supervisor,
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.	
	<b>JOSE EDINSON ESCOBAR SALCEDO</b> <b>PROFESIONAL G08</b>

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**  
**JOSE EDINSON ESCOBAR SALCEDO**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 93387895
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	RITO ALFONSO SALAZAR MOYA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	PEREIRA DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	MZ 6A CS 4 BELMONTE	TELÉFONO: 3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	<b>6016828882</b>	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 311427077

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
<b>PENSIÓN</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 305.600
<b>SUBTOTAL:</b>					1	<b>\$ 305.600</b>
<b>SALUD</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL			1	\$ 238.800
<b>SUBTOTAL:</b>					1	<b>\$ 238.800</b>
<b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8914800001	CCF44	CCF44-COMFAMILIAR RISARALDA			1	\$ 38.200
<b>SUBTOTAL:</b>					1	<b>\$ 38.200</b>
<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A			1	\$ 46.600
<b>SUBTOTAL:</b>					1	<b>\$ 46.600</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 629.200</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 629.200</b>



<b>PROCESO</b>		
<b>GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS</b>		
<b>NOMBRE DEL FORMATO</b>		
<b>FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS</b>		
<b>CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>		
Pública <input type="checkbox"/>	Pública Clasificada <input checked="" type="checkbox"/>	Pública Reservada <input type="checkbox"/>

**Mayo 2026**

**Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol**



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, 15 de mayo 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:

<b>T.I.</b>	<b>1105468531</b>	<b>Melanny Stephania Salazar Sanabria</b>	<b>HIJO</b>
-------------	-------------------	---	-------------

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: Rito Alfonso Salazar Moya

C.C. 93.387.895



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

NUIP 1105468531

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41629892

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrada  Nomra  Número 03 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código T 3 B

Año - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA \* \* \* \* \* TOLIMA \* \* \* \* \* IBAGUE \* \* \* \* \*

Datos del inscrito

Primer Apellido SANABRIA Segundo Apellido

MELANNY STEPHANIA

Fecha de nacimiento Año 2008 Mes OCT Día 10 Sexo (en letras) FEMEBINO Grupo Sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA \* \* \* \* \* TOLIMA \* \* \* \* \* IBAGUE \* \* \* \* \*

Tipo de documento antecedente o Declaración de registro CERTIFICADO NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 51153444-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SARABRIA MEDINA AYDA XIMENA

Documento de identificación (Clase y número) CC 1,110,470,482 DE IBAGUE

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos SALAZAR MOYA RITO ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número) CC 93,387,895 DE IBAGUE

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos SALAZAR MOYA RITO ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número) CC 93,387,895 DE IBAGUE

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) DE

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) D

Firma

Fecha de inscripción Año 2008 Mes OCT Día 24

Nombre y firma del funcionario autorizador MANUEL RAMÓN CARRERO NEIRA

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario autorizador MANUEL RAMÓN CARRERO NEIRA

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS FOLIO Nº 082 LIBRO Nº 143 De 24-10-2008

41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.105.468.531**

**SALAZAR SANABRIA**

APELLIDOS

**MELANNY STEPHANIA**

NOMBRES

*Melanny Stephania*

*Salazar Sanabria*  
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-2008**

**IBAGUE  
(TOLIMA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**10-OCT-2026**

FECHA DE VENCIMIENTO

**13-MAY-2016 PEREIRA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

**O+**

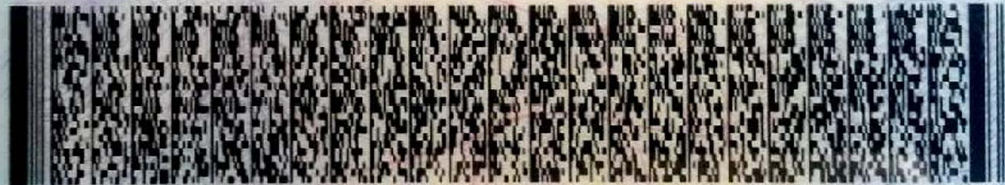
**F**

G S RH

SEXO

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACA



P-2400100-00833964-F-1105468531-20160602

0049952336A 1

46189375