



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 AGROINDUSTRIAL-QUINDÍO

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

Código Regional	63
Código Centro	912010
Fecha Elaboración	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	67512-108146

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos:	FABIAN GRISALES VALLEJO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	89.008.886	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	instrucfab13@gmail.com	Número de Cuenta:	06919699726
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	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:	9106513/2026	Nº Compromiso SIIF	39326
		Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CESION CTO 9106513 PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL EN ACTS DE INSTRUCTOR PARA ORIENTAR EVALUAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A LA FPI PROGRAMA POBLACIÓN DESPLAZADA VÍCTIMA Y VULNERABLES ÁREA AGROINDUSTRIAL RAD 63-9-2026-003917		

DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del	01/06/2026	Al	30/06/2026
Número de pago	4	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 30.004.148
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00	Valor Total del Contrato:	\$ 42.795.390
		Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 25.266.651

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.497</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 2.785.747</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
	Junio	Mayo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	6023476320	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	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	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299	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	\$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 34.479.550	\$ 928.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.513.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.737.497,00</b>	

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

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**  
 Entregué los archivos producidos en el desarrollo del objeto y las obligaciones contractuales, manteniendo actualizado el Portafolio de instructor, utilizando los formatos actualizados del sistema Integrado de gestión dispuestos en la plataforma COMPROMISO, emitir y reportar los juicios de evaluación a más tardar el último día de la programación del proceso formativo.  
 Ejecuté la Formación Profesional Integral de acuerdo con el Diseño y Desarrollo Curricular y proyecto formativo de los programas del área temática objeto del contrato, aplicando según la modalidad las estrategias de enseñanza - aprendizaje, seguimiento y evaluación continua del proceso, reportando en oportunidad al Aprendiz su avance en el proceso formativo, teniendo en cuenta los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad que se encuentren en la plataforma COMPROMISO.  
 Reporte en el aplicativo SOFIAPLUS 160 horas mensuales, o las ejecutadas de manera proporcional en las fechas indicadas  
 Planee los procesos formativos correspondientes a la modalidad de atención, niveles de formación, el programa y perfil de los aprendices

**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

**FABIAN GRISALES VALLEJO**  
 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,  
  
**MARGARITA SALAZAR RAMOS**  
 INSTRUCTOR G11

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**  
**PAOLA ANDREA VANEGAS LOAIZA**  
 SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

## PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	89008886	NÚMERO PLANILLA:	<b>6023476320</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	PALMIRA	DEPARTAMENTO:	FABIAN GRISALES GRISALES VALLEJO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALLE 4E # 30E-86	TELÉFONO:	7456268	DÍAS DE MORA:	0		2026
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	377062124
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de apoyo a las empr				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 303.200
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 303.200</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 303.200</b>

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 236.900</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 236.900</b>	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.900	\$ 9.900	\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 9.900	
<b>SUBTOTALES:</b>										<b>\$ 9.900</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 9.900</b>

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES										
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO								
CCF57	CCF57-COMFANDI	1	\$ 37.900	\$ 0	\$ 37.900								
<b>SUBTOTALES:</b>					<b>\$ 37.900</b>	<b>\$ 0</b>	<b>\$ 37.900</b>						

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE				NOVEDADES														PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL								SALUD				ARP				PARAFISCALES										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU			
1	CC 89008886	GRISALES VALLEJO FABIAN	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.894.999				NO																	230301-PORVENIR	30	1.894.999	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 303.200	EPS005-SANITAS S.A	30	1.894.999	\$ 236.900	\$ 0	\$ 236.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.894.999	\$ 89008886	\$ 9.900	30	1.894.999	CCF57-COMFANDI	\$ 37.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

**TOTAL PAGADO: \$ 587.900**



<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 checked="" type="checkbox"/>	Pública Clasificada <input type="checkbox"/>	Pública Reservada <input type="checkbox"/>

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 10 de junio 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:

<b>T.I.</b>	<b>1091206144</b>	<b>CATALINA GRISALES RODRIGUEZ</b>	<b>HIJA</b>
-------------	-------------------	------------------------------------	-------------



T. I	1030101827	SEBASTIAN GRISALES RODRIGUEZ	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: Fabian Grisales Vallejo

C.C. 89008886



NUIP 1.030.101.B27

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50239153

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria <input checked="" type="checkbox"/>	Notaria <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código A H F
---	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------------

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
REGISTRADURIA DE ARMENIA-H DEP UNIV SAN J DE D - COLOMBIA - QUINDIO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido		
GRISALES	RODRIGUEZ		
Nombre(s)			
SEBASTIAN			
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes AGO Día 31	MASCULINO	H	POSITIVO
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	528922894

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	Nacionalidad
RODRIGUEZ VALENCIA ANGELICA	COLOMBIA
Documento de Identificación (Clase y número)	
CC 41.950.150	

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	Nacionalidad
GRISALES VALLEJO FABIAN	COLOMBIA
Documento de Identificación (Clase y número)	
CC 89.008.886	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	Firma
GRISALES VALLEJO FABIAN	
Documento de Identificación (Clase y número)	
CC 89.008.886	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	Firma
Documento de Identificación (Clase y número)	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	Firma
Documento de Identificación (Clase y número)	

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 013 Mes 30 Día 1	
	Nombre y firma
	WILBER JESUS SALAS CERON



Ciudadano

### PQRS Radicada

Su PQRS fue radicada en la Entidad a las 19:15:10 del día 18/03/26 con el Número **7-2026-146295**

Le informamos que con ese número usted podrá hacer seguimiento según lo establecido en la Ley 1755 de 2015, su PETICION -DE DOCUMENTACION tiene un tiempo máximo de respuesta de 15 / 0 días siguientes a su recepción. Tenga en cuenta que, si no le aparece un número de radicado de 11 dígitos o si en el número de radicado figura un cero ("0"), significa que la PQRS no fue radicada. Lamentamos los inconvenientes ocasionados por fallas temporales y le agradecemos realizar nuevamente el proceso de radicación.

[REGRESAR AL INICIO](#)