



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 CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

Código Regional	19
Código Centro	930710
Fecha Elaboración	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	70569-959721

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	WILSON ALEJANDRO RESTREPO SANCHEZ	Banco a consignar:	NEQUI
Cédula de Ciudadanía	1.061.707.537	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	warestrepo@sena.edu.co	Número de Cuenta:	87042884713
IP/Nº de contacto:	0	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: Honorarios profesionales a persona declarante de renta			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%			

**DATOS DEL CONTRATO**

Nº del contrato:	9114783/2026	Nº Compromiso SIIF	16726	Número de pagos durante la vigencia del contrato	8
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	930710-0381 Instructor. Prestar servicios profesionales como Instructor ( a ) para desarrollar actividades propias de la Formación Profesional Integral EN ETAPA LECTIVA Y/O PRODUCTIVA DEPENDIENDO DE LA PROGRAMACION ASIGNADA Y NECESIDAD DEL CENTRO, mediante la orientación y ejecución de procesos formativos presenciales y/o a distancia, virtuales y/o				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 18.949.988
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 37.899.976
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 14.212.491

**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	-----	9505179414	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	4.737.497,00	
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 - 8551 - POPAYAN	9.475,00	0,200%
				0,00	0%
				0,00	0%
				0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0%
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%	\$ 27.583.640	\$ 928.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 4.094.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.728.022,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL VEINTIDOS PESOS M/CTE**

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

Adelantar las gestiones necesarias para la ejecución del contrato en condiciones de eficiencia y calidad de acuerdo con las especificaciones del contrato.  
 Cumplir el objeto y alcance del contrato, de acuerdo a la programación asignada por el Coordinador Académico.  
 Ejercer el control propio de todas las actividades encomendadas con independencia y autonomía y de forma oportuna y dentro de los términos establecidos.  
 Rendir informes académicos que contenga: juicios evaluativos, novedades de los aprendices (llamado de atención verbal, asistencia reinstitucional, etc.).  
 Registrar los resultados de la emisión de juicios (criterios de evaluación) relacionados con los logros de resultados de aprendizaje de los aprendices.  
 Garantizar el autocontrol de la ejecución de horas de formación en el rango establecido por la entidad. En caso de no cumplir con el rango establecido, se deberá informar a la entidad.  
 Participar de conformidad con las normas institucionales en los comités de seguimiento y evaluación de aprendices donde se requiera y en los casos que lo amerite.  
 Garantizar dentro de los primeros diez (10) días calendario de cada mes, el pago de la seguridad social en salud, pensión y en riesgos profesionales.  
 Entregar de forma mensual y oportuna los soportes contractuales requeridos para el trámite de pago de sus honorarios mensuales.

**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

Firmado digitalmente por  
 WILSON ALEJANDRO RESTREPO SANCHEZ  
 Fecha: 2026.06.22 21:36:14 -05'00'

**WILSON ALEJANDRO RESTREPO SANCHEZ**  
**EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

**LUIS CARLOS MEJIA PERAFAN**  
**INSTRUCTOR G14**

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**  
**HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061707537		RESTREPO SANCHEZ WILSON ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 5 # 22 A 05	POPAYAN-CAUCA	8362455	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave			Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-05	2026-05	398596961	9505179414	I	2026/06/10	2026/06/17	BANCO DAVIVIENDA	7	\$564,600	

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
				1	CC	1061707537	RESTREPO WILSON																																		
<b>Total Afiliados( 1)</b>																		\$1,895,178	\$303,300			\$1,895,178	\$236,900			\$1,895,178	\$11,400			\$1,895,178	\$9,900			\$0	\$0		\$561,500				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061707537		RESTREPO SANCHEZ WILSON ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 5 # 22 A 05	POPAYAN-CAUCA	8362455	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	398596961	9505179414	I	2026/06/10	2026/06/17	BANCO DAVIVIENDA	7	\$564,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$303,300	\$1,600	\$0	\$304,900	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$303,300	\$1,600	\$0	\$304,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,900	\$100	\$0	\$10,000	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,900	\$100	\$0	\$10,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,400	\$100	\$0	\$11,500	
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	\$11,400	\$100	\$0	\$11,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,900	\$1,300	\$0	\$238,200	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$236,900	\$1,300	\$0	\$238,200	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$561,500</b>	<b>\$3,100</b>	<b>\$0</b>	<b>\$564,600</b>	

**Pago PSE**

## Resultado de su transacción

**Código único CUS**

398596961

**Destino de pago**

APORTES EN LINEA

**Motivo**

Pago de la Planilla de aportes con clave: 9505179414

**Fecha**

17/06/2026

**Número de aprobación**

00596961

**Dirección IP**

186.117.160.242

**Valor transacción**

\$ 564.600,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Referencia 1**

186.117.160.242

**Referencia 2**

CC

**Referencia 3**

1061707537

## **CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Popayán, 19 de febrero de 2026

Señores

### **SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**

Popayán (Cauca)

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>1061813320</b>	<b>SAMUEL RESTREPO BERMUDEZ</b>	<b>HIJO</b>
-------------	-------------------	---------------------------------	-------------

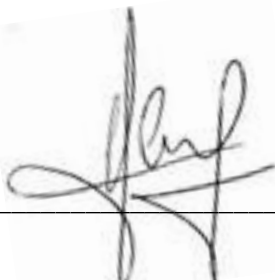
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: WILSON ALEJANDRO RESTREPO SANCHEZ  
C.C. 1061707537

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

NÚMERO **1.061.813.320**  
**RESTREPO BERMUDEZ**

APELLIDOS

**SAMUEL**

NOMBRES

*Samuel R.*

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 13-OCT-2016

**POPAYAN**  
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO


**13-OCT-2034**

FECHA DE VENCIMIENTO

**O+**  
G S RH

**M**  
SEXO

**11-ENE-2024 POPAYAN**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

  
REGISTRADOR NACIONAL  
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO



P-1100150-01411436-M-1061813320-20240111

0138185312A 1

8510568711