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	Julio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	02429-264810

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	RAMIRO ANDRADE POLANCO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	93.372.316	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	randradep@sena.edu.co	Número de Cuenta:	07963338338
IP/N° 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	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

N° del contrato:	8920090/2026	N° Compromiso SIIF	17426	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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	01/07/2026	Al	31/07/2026	Saldo Anterior del Contrato:	$ 25.582.484
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:	$ 49.112.052
Valor Bruto Pago:		$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato:	$ 20.844.987

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Articulo 383 rentas	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

		Julio	Junio
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		--------	4657596910
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 238.900	$ 238.900
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.	$ 4.614.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a título de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Base retención en la fuente a título 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

Nombre formación: Tecnólogo Coordinación de procesos logísticos Fichas: 3235979, 3336491, 3336492, 3336493, 3336494 y 3336497

Ambiente de Formación: Virtual. Horario: lunes a viernes de: 8:00 am a 12m y de: 14:00 pm a 18:00 pm.

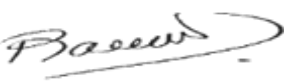
Competencia Técnica Desarrollada en el Periodo:210101075, 260102013, 210101029, 210303025,260102013, 210101051,24020152

Resultados de Aprendizaje Desarrollado en el Periodo: 210303025-01,210101075-02,210101075-03,210101069-04,210601020-02 y 210601020-03

Diseño de cronogramas, anuncios, y revisión de materiales de formación, (guias, Instrumento-material apoyo) de acuerdo con el horario dispuesto por coordinación académica. Se ejecutaron asignaciones de formación profesional de acuerdo con la programación de la Coordinación académica. Se aplicaron según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo con los lineamientos de la entidad. Se realizo acompañamiento permanente a los aprendices de las Fichas atendidas. 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



RAMIRO ANDRADE POLANCO
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



JUAN DAVID LAVERDE MONCADA
INSTRUCTOR G07

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

10/07/26 22:42:53 USUARIO: SIC - C.C. 93372316

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

OS: 9649784401
Cliente:
Fecha:
Identificacion:
Nombre:
Apellido 1:
Apellido 2:
DOCUMENTO:
TELEFONO:
Codigo Planilla:
Periodo Pago:
Valor Comision:
Valor Iva Comision:
Referencia: 93372316

110263 PILA
06/05/2026

DV: 4
RE: 9
933
AN
CEDULA DE CIUDA
1
3
4

42348
800404
346
16
RO
CO
RADO ANIBAL
POLICIA
32022041
46575969
2026706
0
0
Valor: $744.600,00

Aplica condiciones particulares con el cliente teneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Scanned with TapScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 93372316

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	RAMIRO ANDRADE POLANCO		
Tipo Identificación	CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de Identificación	93372316
Ciudad/Municipio	IBAGUE	Departamento	TOLIMA
Dirección	MANZNA 7 CASA 7 6 ETAPA B/JORDAN	Teléfono	2671107
Tipo Empresa	PRIVADA	Actividad Económica	Educación media académica.
Tipo Aportante	02-INDEPENDIENTE	Clase Aportante	I-INDEPENDIENTE
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**4657596910**	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotización Otros	junio / 2026	Periodo Cotización Salud	junio / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/07/06
Número Autorización	9997344609		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	RAMIRO	Apellidos	ANDRADE POLANCO
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	93372316
Tipo cotizante	INDEPENDIENTE CONTRATO	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	TOLIMA	Municipio	IBAGUE
Salario Básico	$ 2.400.000	Tipo de Salario	

NOVEDADES

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

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	25-14 COLPENSIONES
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 2.400.000
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 384.000
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Indicadador tarifa especial	Normal	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 384.000**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 2.400.000
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 300.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
Valor ADRES	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 300.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 2.400.000
Centro de Trabajo	93372316	Tarifa	0,522 %
		Total Aporte	**$ 12.600**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF48-CONFATOLIMA	30	2,000 %	$ 2.400.000	$ 48.000

TOTAL PAGADO:	**$ 744.600**

Planilla Pagada

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2026-000604
13/02/2026 10:06:34 a. m.
Destinatario: 639653

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 13 de febrero 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:

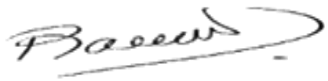
T.I.	**1030282246**	**Juan Manuel Andrade Reyes**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: _Ramiro Andrade Polanco_
C.C. ____93372316_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.030.282.246

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42745928

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A H V

País - Departamento - Municipio - corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE IBAGUE H UNIV F LI A - COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ANDRADE	REYES

Nombre(s)

JUAN MANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes AGO Día 11	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51060395-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

REYES CUELLAR CARMENZA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 65.586.821	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ANDRADE POLANCO RAMIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 93.372.316	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ANDRADE POLANCO RAMIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 93.372.316	

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 2008 Mes AGO Día 14	ANGELA B ROJAS P. Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by TapScanner