



REGIONAL HUILA

CENTRO AGROEMPRESARIAL Y DESARROLLO PECUARIO DEL HUILA

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

Código Regional	41
Código Centro	952510
Fecha Elaboración	Julio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	03628-482819

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LILIANA OROZCO RAMON	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	55.062.504	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	lorozcor@sena.edu.co	Número de Cuenta:	24119680553
IP/N° de contacto:	3107557423	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:	8905079/2026	Nº Compromiso SIIF	1726	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES ASIGNADOS, PARA FORMACIÓN PROFESIONAL- SEGURIDAD EN EL TRABAJO.			

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/07/2026	Al	31/07/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 24.685.555
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:	\$ 49.206.540
Valor Bruto Pago:			\$ 4.937.111,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 19.748.444

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.937.111	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.937.111		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.902.100	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

			Julio	Junio	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.902.100,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS			-----	4655691231	Base retención en la fuente a título de ICA	4.937.111,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC			\$ 1.974.844	\$ 1.974.844	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud			\$ 246.900	\$ 246.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión			\$ 316.000	\$ 316.000	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional			\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I			\$ 10.400	\$ 10.400	Reteica - 8523 - GARZON	9.874,00	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			\$ 493.711		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta			\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%			\$34.479.550	\$ 968.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.			\$ 4.807.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente			\$		VALOR A PAGAR	\$4.927.237,00	

SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

GESTION EMPRESARIAL FICHA 3223871, TECNOLOGO EN GESTION EMPRESARIAL FICHA 3169679, TECNOLOGO EN GESTION EMPRESARIAL FICHA 3229961
TECNOLOGO EN GESTION EMPRESARIAL 3314640, CONCRETOS 35331,

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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

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.

ANGELA JOANA AVILA ACOSTA
INSTRUCTOR G15

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

LUIS HUMBERTO GONZALEZ ORTIZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

0001 Junio

EFFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9650135744 DV: 910043
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 07/07/2026 16:29:19
PAP: 918915
Identificacion: 55062504
Nombre: LILIANA
Apellido 1: OROZCO
Apellido 2: RAMON
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
ELEFONO: 3107557423
Codigo Planilla: 4655691231
Periodo Pago: 2026/06
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 55062504 Valor: \$575.600,00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario

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

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:		55062504				NÚMERO PLANILLA:		4655691231		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		LILIANA OROZCO RAMON		DEPARTAMENTO:		HUILA				PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		junio AÑO		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		junio AÑO		2026	
CIUDAD/MUNICIPIO:		NEIVA		TELÉFONO:		3006968				DÍAS DE MORA:		5		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/07/07		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997379977			
DIRECCIÓN:		CRA 4 N 3A-33		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE				Otras actividades de servicio de apoyo a las empr													
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE		ACTIVIDAD ECONOMICA:																			
TIPO EMPRESA:		PRIVADA																					
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO																					
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):																							

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 316.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.200	\$ 0	\$ 316.000	\$ 1.200	\$ 317.200	
SUBTOTALES:										\$ 316.000	\$ 1.200	\$ 317.200	

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	VALOR PAGADO		
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 246.900	\$ 0	\$ 1.000	\$ 0	\$ 246.900	\$ 1.000	\$ 0	\$ 247.900		
SUBTOTALES:													\$ 246.900	\$ 1.000	\$ 0	\$ 247.900		

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	\$ 10.400	\$ 10.400	\$ 100	\$ 0	\$ 10.500		
SUBTOTALES:									\$ 10.400	\$ 100	\$ 0	\$ 10.500		

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																													
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP					DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU												
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES			TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 55062504	OROZCO RAMON LILIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.975.000				NO																		230301-PORVENIR	30	1.975.000	\$ 316.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 316.000	EPS037-NUEVA EPS	30	1.975.000	\$ 246.900	\$ 0	\$ 246.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.975.000	\$ 55062504	\$ 10.400	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0							

TOTAL PAGADO:

\$ 575.600



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Garzón, 12 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.	1077864366	SARA LUCIA MOSQUERA OROZCO	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: **LILIANA OROZCO RAMON**

C.C. 55.062.504 Garzón

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.077.864.366

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50874675

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código K 7 Z

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

REGISTRADURIA DE GARZON - COLOMBIA - HUILA - GARZON

Datos del inscrito

Primer Apellido

MOSQUERA

Segundo Apellido

OROZCO

Nombre(s)

SARA LUCIA

Fecha de nacimiento

Año

2010

Mes

SEP

Día

15

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA GARZON

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 10254399-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

OROZCO RAMON LILIANA

Documento de Identificación (Clase y número)

CC 55.062.504

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MOSQUERA PRADO WILMER YESID

Documento de Identificación (Clase y número)

CC 7.720.116

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MOSQUERA PRADO WILMER YESID

Documento de Identificación (Clase y número)

CC 7.720.116

Firma

[Firma manuscrita]

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

Año

2010

Mes

SEP

Día

27

Nombre y firma del funcionario que autoriza

HERSAYN GONZALEZ CERQUERA - REGIS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

27.SEP.2010 - LIBRO DE VARIOS INSCRITO F. 0252.

REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FIEL COPIA DEL ORIGINAL

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO