

 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 PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN FP Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	63	
			Código Centro	923110	
			Fecha Elaboración	Agosto de 2026	
			Versión	ENERO - 1,26	
			ID de Proceso	93428-554508	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: CRISTHIAN FELIPE VANEGAS TELLEZ		Banco a consignar: BANCO FALABELLA			
Cédula de Ciudadanía: 1.097.394.438		Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: cvanegast@sena.edu.co		Número de Cuenta: 1097394438			
IP/Nº de contacto:		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? 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					
Nº del contrato:	9161067/2026	Nº Compromiso SIIF	13826	Número de pagos durante la vigencia del contrato 11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL PARA LOS PROGRAMAS A POBLACIÓN VÍCTIMA Y/O VULNERABLE RAD 63-9-2026-001374				
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del	01/08/2026	Al	31/08/2026	Saldo Anterior del Contrato: \$ 20.844.987	
Número de pago	7			Valor Total del Contrato: \$ 49.112.052	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 16.107.490		
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		Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.737.497			\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.148.397		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
	Agosto	Julio	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.148.397,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	6027618383	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL V	\$ -	\$ 0	Reteica - 8299	0,00	0,000%
	\$			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	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$37.927.505	\$ 1.049.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 7.314.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		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					
Participar y generar elementos constitutivos de la planeación y desarrollo de los procesos formativos, de acuerdo con los lineamientos					
Prestar apoyo a la supervisión, seguimiento y control de los contratos que le sean asignados por la Entidad, cuando así se requiera, d					
Evaluar los aprendizajes previos, a que haya lugar, correspondientes a las fichas asignadas, de acuerdo con los procedimientos, plazos					
Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el diseño curricular, el proyecto formativo y la planeación pedagógica de lo					
Emitir juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizaje de las competencias del programa, adquiridos					
Participar cuando el centro de formación lo requiera, en jornadas de diseño y desarrollo curricular de programas, conforme a las neces					
Participar, cuando el centro de formación lo requiera, en proyectos y/o eventos de investigación técnica y/o pedagógica para fortalece					
Recolectar, organizar y entregar los soportes del procedimiento de Ingreso de aprendices al programa de formación tales como: ficha de					
Apoyar la gestión de la meta de formación complementaria del Centro con la apertura de formaciones durante la ejecución de su objeto c					
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					
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO			Cristhian Felipe Vanegas Tellez EL CONTRATISTA		
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor, Diana Patricia Lozano <small>Firmado digitalmente por Diana Patricia Lozano Fecha: 2026.08.21 13:16:22 -05'00'</small>		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;			DIANA PATRICIA LOZANO CASTRO INSTRUCTOR G16		
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.					
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 LUCY ALEJANDRA GUTIERREZ RENGIFO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1097394438
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CRISTIAN FELIPE VANEGAS TELLEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 23 # 42 57 BARRIO EL	TELÉFONO: 7500314
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6027618383	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN MES: julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 466065618

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 320.000
SUBTOTAL:			1	\$ 320.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	\$ 250.000
SUBTOTAL:			1	\$ 250.000

VALOR SIN MORA:	\$ 570.000
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 570.000

