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	**Setiembre de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**97719-540709**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OMAR VIVAS CALDERON	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	91.293.953	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	omvivasc@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	1332048901
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**	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:	8939214/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**9926**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn 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	**01/09/2026**	**Al**	**30/09/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 16.107.490
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.112.052
Valor Bruto Pago:		**$ 4.737.497,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 11.369.993

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	**$ 2.785.747**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9510070397**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
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.	$ 6.470.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

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

Realicé en forma oportuna los juicios de valoración correspondientes a los RAP de las actividades contempladas en cada Unidad.

Realice actividades de Formación de las fichas asignadas.

Cumplí el objeto del Contrato.

Mantuve la autonomía e independencia sobre la forma de cumplir el objeto del contrato.q

Actué de conformidad con la ética profesional y promoví los procesos de enseñanza – aprendizaje – evaluación.

Realicé las actividades de alistamiento, de las acciones de formación oportunamente en cada estrategia de formación para el curso.

Hice seguimiento en las actividades de evidencia de los Aprendices de los diferentes resultados de aprendizajes.

Entregué los resultados de los instrumentos de evaluación a los aprendices, oportunamente.

Fomenté el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), el trabajo por proyectos y el trabajo en equipo.

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

OMAR VIVAS CALDERON
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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 período 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

13/09/26 19:16:41 USUARIO: SIC - C.C. 91293953

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91293953		VIVAS CALDERON OMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TO 2 APT 502 COND LA FLORIDA	FLORIDABLANCA-SANTANDER	3002085159	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	593679732	9510070397	I	2026/09/11	2026/08/25	DAVIbank S.A.	0	$1,092,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,762,000	$602,000			$3,762,000	$470,300			$0	$0			$3,762,000	$19,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,762,000	$602,000			$3,762,000	$470,300			$0	$0			$3,762,000	$19,700		$0	$0
Ciudad: FLORIDABLANCA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$3,762,000	$602,000			$3,762,000	$470,300			$0	$0			$3,762,000	$19,700		$0	$0
1	CC	91293953 VIVAS OMAR	25-14	30	$3,762,000	$602,000	EPS005	30	$3,762,000	$470,300		0	$0	$0	14-23	30	$3,762,000	$19,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$3,762,000	$602,000			$3,762,000	$470,300			$0	$0			$3,762,000	$19,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 91293953		VIVAS CALDERON OMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TO 2 APT 502 COND LA FLORIDA	FLORIDABLANCA-SANTANDER	3002085159	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	593679732	9510070397	I	2026/09/11	2026/08/25	DAVIbank S.A.	0	$1,092,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$602,000	$0					$0	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$602,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,700	$0					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$470,300	$0					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$470,300	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$1,092,000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

aportes en línea

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$602,000
$602,000
$19,700
$19,700
$470,300
$470,300
$1,092,000

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

VIVAS CALDERON OMAR
CC 91293953
PERFIL: NOMINA/TESORERIA

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	181.236.81.91
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9510070397
Valor:	1,092,000
Período de pago:	2026-08
No Transacción (CUS):	593679732
Fecha:	2026/08/25
Banco:	DAVIbank S.A.
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9510070397
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2026-000618
13/02/2026 4:21:06 p. m.
Destinatario: 639538

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Armenia, 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:

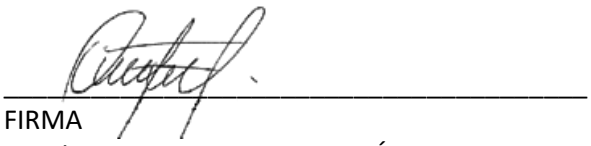
T.I.	**1097115796**	**Juan Felipe Vivas Parra**	**HIJO**

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: OMAR VIVAS CALDERÓN
C.C. 91293953

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1097115796

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52517692

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 7] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [Q 5 E]

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VIVAS	PARRA **********

Nombre(s)

JUAN FELIPE **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes ABR Día 21	Masculino	O	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11322902-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PARRA ARCHILA JACKZULY CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO.37.841.259 DE BUCARAMANGA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VIVAS CALDERON OMAR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO. 91.293.953 DE BUCARAMANGA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PARRA ARCHILA JACKZULY CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número) — Firma

CC NRO. 37.841.259 DE BUCARAMANGA

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 2012 Mes ABR Día 27	BLANCA LUCIA RAMIREZ BUEÑAS NOTARIA SEPTIMA (E) DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

J.S.S.

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaría Séptima Bucaramanga DPTO DE SANTANDER

05 JUN 2019

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

52517692