

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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	Agosto de 2026
			Versión	ENERO - 1,26
			ID de Proceso	16010-045988
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: OSCAR EDUARDO HOLGUIN CEDEÑO		Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 6.103.764		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: oeholguin@sena.edu.co		Número de Cuenta: 06954815968		
IP/N° 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		NO
¿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: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
N° del contrato:	8917051/2026	N° Compromiso SIIF	13326	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 del Quindío, atendiendo las políticas institucionales y la normativa vigente de la		
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 \$ 2.785.747		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 2.785.747,00 TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	6025587911	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 I		\$ 9.900	\$ 9.900	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		\$ 473.750		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 837.984		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$37.927.505		\$ 928.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 5.542.000				
Retención en la Fuente Contingente \$				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				
Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales, para las áreas relacionadas co				
Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas re				
Aplicar según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo con los lineamientos pedagógico				
Apoyar la meta de formación complementaria del Centro con la apertura de formaciones durante la ejecución de su objeto 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				
<div>Oscar Holguin</div> <div>OSCAR EDUARDO HOLGUIN CEDEÑO</div> <div>EL CONTRATISTA</div>				
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 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.				
<div>Autorizo el presente pago.</div> <div>El Supervisor</div> <div>ANDREA CAROLINA VALBUENA LEZCANO</div> <div>INSTRUCTOR G20</div>				
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				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 6103764
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	OSCAR EDUARDO HOLGUIN CEDENO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIMBAYA DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	FINCA MANTO VERDE, VEREDA	TELÉFONO: 7000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de apoyo a la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6025587911	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):	2026/07/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 525700417

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		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 304.000
SUBTOTAL:			1	\$ 304.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 237.500
SUBTOTAL:			1	\$ 237.500
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 10.000
SUBTOTAL:			1	\$ 10.000

VALOR SIN MORA:	\$ 551.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 551.500



PROCESO			
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS			
NOMBRE DEL FORMATO			
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS			
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN			
Pública	☒	Pública Clasificada ☐	Pública Reservada ☐

Junio 2025

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 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.	1104834011	José Daniel Holguín Rosero	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: Oscar Eduardo Holguín Cedeño

C.C. 6.103.764 Cali, Valle



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Es igual al Original

Notario Bo. De Cali

Indicativo
Serial

53145572

NUIP 1.104.834.011

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrada ☐ Matru ☒ Nació ☐ Contado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código T I Z

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI

Datos del nacido

Primero Apellido: IOLGUIN Segundo Apellido: ROSERO
Nombre(s): JOSE DANIEL

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes ENE Día 20 Sexo (en letras): MASCULINO Grupo sanguíneo: A Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA VALLE DEL CAUCA SANTIAGO DE CALI

Tipos de documentos antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo: 12412712-0

Datos de la madre: Apellidos y nombres completos: ROSERO SAA LUZ HELENA

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 67.002.630 Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre: Apellidos y nombres completos: IOLGUIN CEDEÑO OSCAR EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 6.103.764 Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante: Apellidos y nombres completos: IOLGUIN CEDEÑO OSCAR EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 6.103.764 Firma: [Firma]

Datos primer testigo: Apellidos y nombres completos: [Firma]

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 0 000 000 000 Firma: [Firma]

Datos segundo testigo: Apellidos y nombres completos: [Firma]

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 0 000 000 000 Firma: [Firma]

Fecha de inscripción: Año 2014 Mes ENE Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MARTHA LUCIA DUQUE MEJIA

Ratificación putativo: Nombre y firma del funcionario con quien se hace el reconocimiento: MARTHA LUCIA DUQUE MEJIA

Firma: [Firma]

Nombre y firma: [Firma]

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.104.834.011**
HOLGUIN ROSERO

APELLIDOS
JOSE DANIEL

NOMBRES
Jose Daniel H.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **20-ENE-2014**
CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO
20-ENE-2032

FECHA DE VENCIMIENTO
10-FEB-2021 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ **M**
G S RH SEXO



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA RECHA

INDICE DERECHO



P-3100100-01214741-M-1104834011-20210211 0073412447A 1 8501496492



NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal