

SENA

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 Regional63

Código Centro953810

Fecha ElaboraciónMarzo de 2026

VersiónENERO - 1,26

ID de Proceso21233-753736

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:
Cédula de Ciudadanía
Correo electrónico:
IP/N° de contacto:
Inducción SST:
Régimen del IVA:

OSCAR EDUARDO HOLGUIN CEDEÑO
6.103.764
oeholguin@sena.edu.co

SI
NO RESPONSABLE

Banco a consignar:
Tipo de cuenta:
Número de Cuenta:
Presta Servicios Excluidos de IVA:
Pertenece al régimen simple de tributación:
Es declarante de renta por el año gravable 2025

BANCOLOMBIA
AHORROS
06954815968

NO
NO
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:
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.

NO
NO
NO
NO
Ninguno
0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:8917051/2026

Nº Compromiso SIIF13326

Número de pagos durante la vigencia del contrato11

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

Del01/03/2026Al31/03/2026

Número de pago2

Valor Bruto Pago:\$ 4.737.497,00

Saldo Anterior del Contrato:\$ 44.532.472

Valor Total del Contrato:\$ 49.112.052

Nuevo Saldo del Contrato:\$ 39.794.975

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios\$ 4.737.497
Ingresos por comisiones\$ 0

TOTAL INGRESOS DEL PERIODO\$ 4.737.497
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE\$ 2.785.747

Ninguno0,00%
Retencion en la Fuente del Periodo\$ 0

TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO\$ 0

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS-----6009065857

Ingreso Base de Cotización - IBC\$ 1.894.999\$ 1.770.771

Aporte obligatorio a seguridad social salud\$ 236.900\$ 221.400

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión\$ 303.200\$ 283.400

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional\$ - \$ 0

ARL I\$ 9.900\$ 9.300

\$

\$

\$

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.\$ 902.000

Retención en la Fuente Contingente\$

Base retención en la fuente a titulo de RENTA2.785.747,00TARIFA

Base retención en la fuente a titulo de ICA0,00

Valor base IVA0,00

IVA (Si es RESPONSABLE)0,0019%

Menos Retención en la Fuente0,000,00%

Menos Retencion IVA0,0015%

Reteica - 82990,000,000%

-0,000,000%

-0,000,000%

-0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

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

Entregar los soportes del procedimiento de Ingreso de aprendices en los tiempos establecidos al programa de formación como: Ficha de m

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

Oscar Holguin

OSCAR EDUARDO HOLGUIN CEDEÑO

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 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,

ANDREA CAROLINA VALBUENA LEZCANO
PROFESIONAL G13

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:	6009065857	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/03/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 97668487

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA																			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					CÉDULA DE CIUDADANÍA QUIMBAYA FINCA MANTO VERDE, VEREDA LAS BRISAS 02-INDEPENDIENTE PRIVADA ÚNICO					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: NÚMERO DE CIUDADANÍA QUINDIO 7000000 I-INDEPENDIENTE Actividades de apoyo a la educación. NO					NÚMERO PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):					6009065857 2026 0 2026/03/02 NÚMERO AUTORIZACIÓN:					MES febrero AÑO 2026 97668487 I-INDEPENDIENTES				

TOTAL APORTES A PENSIÓN															TOTALES														
APORTES VOLUNTARIOS					FSP					MORA					MORA					MORA					MORA				
EMPLEADOR					COTIZANTE					SOLIDARIDAD					COTIZACIÓN					FSP					MORA				
1					\$ 304.000					\$ 0					\$ 0					\$ 0					\$ 304.000				
SUBTOTALES:																													

TOTAL APORTES A SALUD															TOTALES														
LICENCIA MATERNIDAD					SALDO A FAVOR					LIQUIDACIÓN					MORA					MORA					MORA				
NÚMERO AUTORIZACIÓN					VALOR					PLANILLA					COTIZACIÓN					VALOR ADRES					APORTES				
1					\$ 0					\$ 0					\$ 0					\$ 237.500					\$ 237.500				
SUBTOTALES:																													

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															TOTALES														
INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD					PAGO A OTROS RIESGOS					LIQUIDACIÓN					MORA					MORA					MORA				
NÚMERO AUTORIZACIÓN					VALOR					PLANILLA					COTIZACIÓN					VALOR ADRES					APORTES				
1					\$ 0					\$ 0					\$ 10.000					\$ 0					\$ 10.000				
SUBTOTALES:																													

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
DATOS DEL COTIZANTE															NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN			SALUD					ARP			CCF		SENA		IOBF	ESAP	MINEDU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
																									ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	IBC	CENTRO DE TRABAJO				TOTAL APOORTE	IBC	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
1	CC 6103764	HOLGUIN CEDENO OSCAR EDUARDO	INDEPENDIENTE		\$ 1.900.000			NO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																</



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 ☐ Matrimonio ☒ Nacimiento ☐ Contado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código T I Z

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI

Datos del nacido

Primer Apellido: IOLGUIN Segundo Apellido: ROSERO

JOSE DANIEL

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes ENE Día 20 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA SANTIAGO DE CALI

Tipo de documento precedente o Declaración de feitura: 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 CEDENO OSCAR EDUARDO Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 6.103.764 Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padrastro: Apellidos y nombres completos: IOLGUIN CEDENO OSCAR EDUARDO Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 6.103.764 Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del abuelo: Apellidos y nombres completos: IOLGUIN CEDENO OSCAR EDUARDO Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 6.103.764 Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del abuelo: Apellidos y nombres completos: IOLGUIN CEDENO OSCAR EDUARDO Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 6.103.764 Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos primer testigo: Apellidos y nombres completos: CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 6.103.764 Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos segundo testigo: Apellidos y nombres completos: CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 6.103.764 Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos tercer testigo: Apellidos y nombres completos: CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 6.103.764 Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos cuarto testigo: Apellidos y nombres completos: CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 6.103.764 Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos quinto testigo: Apellidos y nombres completos: CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 6.103.764 Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos sexto testigo: Apellidos y nombres completos: CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 6.103.764 Nacionalidad: COLOMBIANA

Fecha de inscripción: Año 2014 Mes ENE Día 21 Nombre y firma del funcionario que autoriza: MARTHA LUCIA DUQUE MEJIA

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

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

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

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

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

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

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

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