



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	Mayo de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	85766-831839

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?	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:	8917051/2026	Nº 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	01/05/2026	Al	31/05/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 35.057.478
Número de pago	4			Valor Total del Contrato:	\$ 49.112.052
Valor Bruto Pago:			\$ 4.737.497,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 30.319.981

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Ninguno	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

		Mayo	Abril			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	6013715912	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200	\$ 303.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I		\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
		\$		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		\$ -			-	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.	\$ 2.758.000			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 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 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 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.

ANDREA CAROLINA VALBUENA LEZCANO
INSTRUCTOR G20

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:	6013715912	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 272958646

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE Y RAZÓN SOCIAL: DIRECCIÓN: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CÉDULA DE CIUDADANÍA QUIMBAYA FINCA MANTO VERDE, VEREDA LAS BRISAS TELÉFONO: 02-INDEPENDIENTE PRIVADA UNICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: DEPARTAMENTO: CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA:	6103764 OSCAR EDUARDO HOLGUIN CERRINO 7000000 I-INDEPENDIENTE Actividades de apoyo a la educación.	NÚMERO PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	6013715912 2026 0 2026/05/04	TIPO DE PLANILLA: PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: NÚMERO AUTORIZACIÓN:	I-INDEPENDIENTES 2026 272958646 abril MES año

TOTAL APORTES A PENSIÓN											
ADMINISTRADORA		APORTES VOLUNTARIOS			FSP		MORA		TOTALES		
		EMPLEADOR	COTIZANTE	COTIZACIÓN	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CÓDIGO	NOMBRE										
25-14	25-14 COLPENSIONES			\$ 304.000		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 304.000	\$ 0	\$ 304.000
SUBTOTALES:									\$ 304.000	\$ 0	\$ 304.000

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA			INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD			LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR			LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1			\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 237.500	\$ 0	\$ 0	\$ 237.500		\$ 0	\$ 237.500
SUBTOTAL:													\$ 237.500		\$ 0	\$ 237.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES											
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES		INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LICUDACIÓN	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR		COTIZACIÓN	APORTES	MORA	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0		\$ 0		\$ 10.000	\$ 10.000	\$ 0	
									\$ 10.000		
SUBTOTALES:									\$ 10.000	\$ 0	\$ 10.000

[illegible]

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

Arlos Bostick

Notário Bo. Do Cal

Indicativo
Serial

53145572

DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL		Indicativo Serial		335110505212003	
NUIP 1.104.834.011		REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO		53145572	
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina					
Regimiento ☐	Fuerza ☒	Número ☐	Contenido ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐
País - Departamento - Municipio - Corregimiento (o sea Inspección de Policía)					
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI				Código	T I Z
Datos del nacido					
Primero Apellido			Segundo Apellido		
IOLGUIN			ROSERO		
Nombre(s)					
JOSE DANIEL					
Fecha de nacimiento					
Año	2	0	1	4	1981
Mes		Día		Sexo	
E N E		2 0		MASCULINO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)					
COLOMBIA VALLE DEL CAUCA SANTIAGO DE CALI					
Tipo de documento antecedente o Diferencia de fechas					
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 declarante					
Apellidos y nombres completos					
IOLGUIN CEDENO OSCAR EDUARDO					
Documento de identificación (Clase y número)					
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 6.103.764				Firma	
				X	
Datos primer testigo					
Apellidos y nombres completos					
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 0 000 000 000					
Documento de identificación (Clase y número)					
				Firma	
Datos segundo testigo					
Apellidos y nombres completos					
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 0 000 000 000					
Documento de identificación (Clase y número)					
				Firma	
Fecha de inscripción					
Año	2	0	1	4	1981
Mes		Día		Firma	
E N E		2 0			
Nombre y firma del funcionario que autoriza					
MARTHA LUCIA DUQUE MEJIA					
Nombre y firma					
Ratificación paterna					
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento					
MARTHA LUCIA DUQUE MEJIA					
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