

SENA

SERVICIO NACIONAL
DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATO POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL SANTANDER

CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional68Código Centro912210Fecha Elaboración17 de Junio de 2025VersiónENERO - 2.25ID de Proceso39106-471906

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidosCARLOS ALBERTO OLIVEROS CASTELLANOSCédula de Ciudadanía13.925.775Correo electrónicocoliveros@misena.edu.coIP/Nº de contacto:SIRégimen del IVA:NO RESPONSABLEBanco a consignar:DAVIVIENDATipo de cuenta:AHORROSNúmero de Cuenta:044400046296Presta Servicios Excluidos de IVA:SIPertenece al régimen simple de tributación:NOEs declarante de renta por el año gravable 2024NO¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?NOSus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000NOSus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)NOUNo utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?NUNingunoConcepto del pago corresponde a:TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:7435177/2025Nº Compromiso SIIF13925Número de pagos durante la vigencia del contrato9OBJETO CONTRACTUAL:(Descripción del servicio prestado)INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL DE ACUERDO CON LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS Y LAS NECESIDADES DEL CASA SENA REGIONAL SANTANDER ECONOMIA POPULAR PL 08 MESES Y 05 DIAS VR MES \$4.599.510DATOS PERIODO DEL PAGO

Del01/06/2025Al30/06/2025Saldo Anterior del Contrato:\$ 21.004.429Número de pago5Valor Total del Contrato:\$ 37.562.665Valor Bruto Pago:\$ 4.599.510,00Nuevo Saldo del Contrato:\$ 16.404.919RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGOIngresos por honorarios\$ 4.599.510NingunoRetencion en la Fuente del Periodo\$ 0Ingresos por comisiones\$ 2.723.900Menos, Retefuente Otros Ingresos\$ 0Ingresos de otros meses cobrados en el mes\$ 0TOTAL INGRESOS DEL PERIODO\$ 7.323.410BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE\$ 4.535.369TOTAL REFEFUENTE PRESENTE PAGO\$ 0LIQUIDADIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Junio	Mayo			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-	4604894766	Base retención en la fuente a título de RENTA	4.535.369,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.839.804	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de ICA	7.323.410,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 230.000	\$ 230.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 294.400	\$ 294.400	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 II	\$ 19.300	\$ 19.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8530 - PIEDECUESTA	21.970,00	0,300%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0%
Dependientes hasta	\$ 732.341		Otras Retenciones	0,00	0%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0%
Renta Exenta 25%	\$29.505.907	\$ 1.512.000	Otras Retenciones	0,00	0%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 4.188.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$4.577.540,00	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA PESOS M/CTEACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGOFormación fichas Programa ECONOMIA POPULAR: FICHA 3161783 OPERARIO EN PRODUCCION APÍCOLAOrienta la competencia: MANejar COLMENA SEGUN CRITERIOS TECNICOS Y NORMATIVA AMBIENTALOrienta la competencia: GENERAR HáBITOs SALUDABLes De ViDa MEDIANte La ApLICACión De PROGRAMAs De ACTIVIdAD Física En Los CONTEXToS POr Orienta la competencia: ENRIQUE LOW MURTRA-INTERACTUAR EN El Contexto PRODUCTIVO Y Social De Acuerdo Con PRINCIPIOS ÉTICOS Para La COmpetenciaOrienta la competencia: COSECHAR PRODUCTOS ApíCOlAs Según CRITERIOS TéCNicos Y NORMATIVA AMBiEntALFormula rutas de aprendizaje, asociación de los aprendices a la ruta para los nuevos programas, realizar los eventos para el registroInforme mensual de ejecución de las actividades contractualesGestión del portafolio del InstructorPlanee y diseñe las guías de aprendizaje, instrumentos de evaluación, y material didáctico para el desarrollo de la formación.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

CARLOS ALBERTO OLIVEROS CASTELLANOSEL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATOEn 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,

EDWIN GERSON MONTANEZ GONZALEZ
INSTRUCTOR

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
JHON EDISON JIMENEZ MARTINEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Piedecuesta, 17 de junio del 2025

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:

NUIP - NIP	1102395229	ADRIAN MATEO OLIVEROS PRADA	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: CARLOS ALBERTO OLIVEROS CASTELLANOS
C.C. 13925775



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60464044

NUIP 1.102.395.229

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	-----------------------------

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

REGISTRADURIA DE PIEDECUESTA - COLOMBIA - SANTANDER - PIEDECUESTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido		
OLIVEROS	PRADA		
Nombre(s)			
ADRIAN MATEO			
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes NOV Día 22	MASCULINO	A	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 MEDICO O DE NACIDO VIVO	163791785

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PRADA HERNANDEZ ANDREA YURLEY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.102.391.981	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

OLIVEROS CASTELLANOS CARLOS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 13.925.775	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

OLIVEROS CASTELLANOS CARLOS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 13.925.775	

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 2020 Mes DIC Día 11	SOFIA D'CARIN GONZALES PRADA - RE

OFIXPRES 447 88114 001 100238573

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13925775		NÚMERO PLANILLA:	4604894766		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		DEPARTAMENTO:	CARLOS ALBERTO OLIVEROS CASTELLANOS		PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO	2025	2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	PIEDECUUESTA	TELÉFONO:	SANTANDER		DÍAS DE MORA:					
DIRECCIÓN:	CALLE 1 C # 6 - 59		6552675		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/16		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993021688	
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE							
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act							
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO									
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):				NO						

TOTAL APORTES A PENSIÓN																	
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE					EMPLEADOR	COTIZANTE		SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO		
25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 294.400	\$ 0	\$ 294.400		
SUBTOTALES:												\$ 294.400	\$ 0	\$ 294.400			

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 230.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000		
SUBTOTALES:													\$ 230.000	\$ 0	\$ 0	\$ 230.000		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 19.300	\$ 19.300	\$ 0	\$ 0	\$ 19.300	
SUBTOTALES:									\$ 19.300	\$ 0	\$ 0	\$ 19.300	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP			DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES			TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN
1	CC 13925775	OLIVEROS CASTELLANOS CARLOS ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.840.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	1.840.000	\$ 294.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 294.400	EPS002-SALUD TOTAL	30	1.840.000	\$ 230.000	\$ 0	\$ 230.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.840.000	\$ 13925775	\$ 19.300	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:

\$ 543.700