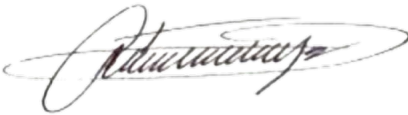


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL CASANARE CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		85		
			Código Centro		951910		
			Fecha Elaboración		Agosto de 2025		
			Versión		ENERO - 2.25		
			ID de Proceso		68539-076665		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:		ARTURO MORENO PEREZ		Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL	
Cédula de Ciudadanía		11.383.402		Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico:		amorenop@sena.edu.co		Número de Cuenta:		24091416537	
IP/N° de contacto:		3132753889		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 2024		NO	
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO	
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						NO	
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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							
N° del contrato:		7319432/2025		N° Compromiso SIIF		6325	
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR EN MODALIDAD PRESENCIAL DE 160 HORAS AL MES O PROPORCIONAL A SU EJECUCIÓN, DE ACUERDO CON LA PROGRAMACION ASIGNADA POR EL CAPEC, PARA LA RED DE CONOCIMIENTO CULTURA RAD.85-9-2025-000333					
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del		01/07/2025		Al		31/07/2025	
Número de pago		6		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 30.758.385	
Valor Bruto Pago:		\$ 5.333.824,00		Valor Total del Contrato:		\$ 55.827.358	
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 25.424.561	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios		\$ 5.333.824		Ninguno		0,00%	
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 5.333.824		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.136.142		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Julio		Junio		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		4615178711		Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.133.530		\$ 2.133.530		Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 266.700		\$ 266.700		IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 341.400		\$ 341.400		Menos Retención en la Fuente	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	
ARL		\$ 11.200		\$ 11.200		Reteica - 8299 - YOPAL	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				53.338,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				0%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				0,00	
Dependientes hasta		\$ 533.382				0,00	
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -		0,00	
Renta Exenta 25%		\$ 36.062.775		\$ 1.045.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.912.000				0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				0,00	
						VALOR A PAGAR	
						\$5.280.486,00	
SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
se realizó formación a fichas 2851703 -2851638 de los programas técnico en expresión para las artes escénicas							
Se creo la ruta de aprendizaje y y se asociaron aprendices a las fichas 3274266 - 3273407 de los cursos complementarios							
se realizó la formación a las fichas 2851703 -2851638 de programa de formación doble titulación del colegio el paraíso							
asistí a las reuniones y capacitaciones asignadas a instructores correspondiente a la área de formación							
se realizo la formación a las fichas 3274266 - 3273407 del curso complementario lenguaje corporal y expresión oral							
Horas ejecutadas mes de julio 2025, 180 según reporte Sofía plus, se cobran 160 horas según el contrato,							
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							
						ARTURO MORENO PEREZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:						Autorizo el presente pago.	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;						El Supervisor,	
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.							
						MONICA LUCIA MANCIPE RIVERA INSTRUCTOR G11	
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							
FERNANDO BARRERO CABALLERO							
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)							

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:		11383402		NÚMERO PLANILLA:		4615178711		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES					
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		YOPAL		DEPARTAMENTO:		ARTURO MORENO PEREZ		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		junio AÑO		2025					
CIUDAD/MUNICIPIO:		CRA 29 NO 13 20		TELÉFONO:		CASANARE		DÍAS DE MORA:		29		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES					
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		3000000		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/07/31		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993486082					
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		I-INDEPENDIENTE													
TIPO EMPRESA:		ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act															
FORMA DE PRESENTACIÓN:		NO																	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):																			



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal julio 30 de 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	1029651631	JUAN PABLO MORENO CHAPARRO	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: ARTURO MORENO PEREZ.

C.C. 11383402 de Fusagasugá

REPUBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.029.851.631

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial 43264873

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	A	F	A
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
REGISTRADURIA DE YOPAL-H LA YOPAL - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL									

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido										
MORENO				CHAPARRO										
Nombre(s)														
JUAN PABLO														
Fecha de nacimiento				Sexo (entidad)		Grupo sanguíneo		Factor RH						
Año	2	0	0	9	Mes	A	B	R	Día	1	1	MASCULINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA CASANARE YOPAL														

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51562084-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
CHAPARRO YANETH CRISTINA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.174.413	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
MORENO PEREZ ARTURO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 11.383.402	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
MORENO PEREZ ARTURO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 11.383.402	

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	2	0	0	9	Mes	M	A	Y	Día	0	7	VALENTIN ENOC GUERRERO CORDOBA	
												Nombre y firma	

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

