

<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	42742-729380		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: LIZETH VIVIAN JIMENEZ NARANJO		Banco a consignar: BANCO DE BOGOTA				
Cédula de Ciudadanía: 1.057.585.853		Tipo de cuenta: AHORROS				
Correo electrónico: ljimenezn@sena.edu.co		Número de Cuenta: 120181409				
IP/N° de contacto: 84773		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		SI		
¿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:	7319443/2025	N° Compromiso SIIF	9925	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 RED CONOCIMIENTO TELECOMUNICACIONES, RAD.85-9-2025-000354				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/07/2025	Al	31/07/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 30.758.385	
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:	\$ 55.827.358	
Valor Bruto Pago:	\$ 5.333.824,00		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		\$ 3.127.042	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	3.127.042,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	7975470101	Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.333.824,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.133.530	\$ 2.133.530	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 266.700	\$ 266.700	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 341.400	\$ 341.400	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL II		\$ 22.300	\$ 22.300	Reteica - 8299 - YOPAL	53.338,00	1,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
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		\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			0,00	0%
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		\$ 533.382		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta \$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 36.062.775	\$ 1.043.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.902.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		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						
3142921	INSTALACION Y MANTENIMIENTO DE REDES INALAMBRICAS	102 HORAS				
3287175	ALFABETIZACIÓN INFORMÁTICA	35 HORAS				
3287177	"INFORMATICA: MICROSOFT WORD, EXCEL E INTERNET"	42 HORAS				
TOTAL DE HORAS EJECUTADAS 179						
HORAS A COBRAR 160						
SOPORTE DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL 7975470101 MES DE JUNIO						
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></div> <div>LIZETH VIVIAN JIMENEZ NARANJO EL CONTRATISTA</div>	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:					Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.					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:		1057585853		NÚMERO PLANILLA:		7975470101		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:				LIZETH VIVIAN JIMENEZ NARANJO		CASANARE		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		junio AÑO		2025	
CIUDAD/MUNICIPIO:		YOPAL		DEPARTAMENTO:				DÍAS DE MORA:		0		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES	
DIRECCIÓN:		CLL 15A - 24A - 119 AGUAZUL		TELÉFONO:		3000000		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/07/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1615069234	
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
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 341.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 341.600	\$ 0	\$ 341.600
SUBTOTALES:										\$ 341.600	\$ 0	\$ 341.600

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	
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 266.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 266.900	\$ 0	\$ 0	\$ 266.900	
SUBTOTALES:													\$ 266.900	\$ 0	\$ 0	\$ 266.900	

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 22.300	\$ 22.300	\$ 0	\$ 0	\$ 22.300
SUBTOTALES:									\$ 22.300	\$ 0	\$ 0	\$ 22.300

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	FSP	APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN			DÍAS COT	IBC					CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE							
																																SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD																				EMPLEADOR	EMPLEADO					
1	CC 1057585853	JIMENEZ NARANJO LIZETH VIVIAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 2.135.000				NO																			230301-PORVENIR	30		\$ 2.135.000	\$ 341.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 341.600	EPS037-NUEVA EPS	30		\$ 2.135.000	\$ 266.900	\$ 0	\$ 266.900	14-11 - ARL SURA	30		\$ 2.135.000	\$ 105758585	\$ 22.300		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de julio 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:

Tipo Documento	Numero	Nombre	Parentesco
NUIP - NIP	1116555578	Aarón Samuel Pedraza Jiménez	Hijo
NUIP - NIP	1116555579	Joshua Nicolás Pedraza Jiménez	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: Lizeth Vivian Jiménez Naranjo

C.C. 1057585853 Sog.



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	
Indicativo	Serial
57665966	
NUIP 1.116.556.578	
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina	
Registraduría ☒ Notaría ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐	Código W 5 T
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía	
REGISTRADURÍA DE AGUAZUL - COLOMBIA - CASANARE - AGUAZUL	
Datos del inscrito	
Primer Apellido	Segundo Apellido
PEDRAZA	JIMENEZ
Nombre(s)	
AARON SAMUEL	
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)
Año 2017 Mes AGO Día 12	MASCULINO
Grupo sanguíneo	
A POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía)	
COLOMBIA CASANARE YOPAL	
Tipo de documento antecedente o declaración de testigos	
Certificado médico o de nacido vivo	
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	
Número certificado de nacido vivo	
14064058-6	
Datos de madre o padre (Para casos de puértilo indígena con libro matricial, o pariente del padre vivo, según el preceptor que indique los declarantes para el primer apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
JIMENEZ NARANJO LIZETH VIVIAN	
Documento de identificación (Clase y número)	
COLOMBIA	
Datos de padre o madre (Para casos de puértilo indígena con libro matricial, o pariente del mismo sexo, según el preceptor que indique los declarantes para el segundo apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
PEDRAZA MESA YEISLER	
Documento de identificación (Clase y número)	
COLOMBIA	
Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
PEDRAZA MESA YEISLER	
Documento de identificación (Clase y número)	
COLOMBIA	
Firma	
Pedraza Mesa Yeisler	
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 inscribe	
Año 2017 Mes AGO Día 15	YOIMER ALEJANDRO CASTAÑO ABARAT
Reconocimiento paterno	
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento	
Firma	
Nombre y firma	
ESPACIO PARA NOTAS	
15.AGO.2017 - INSCRIPCION CON FUNDAMENTO EN EL ART 118 LEY 1395 DE 2010 Y CIR 015 DE FEBRERO 14 DE 2011..	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO




REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial **57665967**

NUIP 1.116.555.579

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Regional ☐ Notaría ☐ Notaría ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código **W 5 T**

REGISTRADURÍA DE AGUAZUL - COLOMBIA - CASANARE - AGUAZUL

Datos del inscrito

Primer Apellido **PEDRAZA** Segundo Apellido **JIMENEZ**

JOSHUA NICOLAS

Fecha de nacimiento **12** de **AGO** de **2017** Sexo **MASCULINO** Grupo sanguíneo **A** Factor RH **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)

COLOMBIA CASANARE YOPAL

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo **14064058-8**

JIMENEZ NARANJO LIZETH VIVIAN Nacionalidad **COLOMBIA**

Documento de identificación (Clase y número) **CC 1.057.565.853**

PEDRAZA MESA YEISLER Nacionalidad **COLOMBIA**

Documento de identificación (Clase y número) **CC 1.116.542.398**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **PEDRAZA MESA YEISLER** Firma *[Firma]*

Documento de identificación (Clase y número) **CC 1.116.542.398**

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos _____ Firma _____

Documento de identificación (Clase y número) _____

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos _____ Firma _____

Documento de identificación (Clase y número) _____

Fecha de inscripción **Nombre y firma del funcionario que inscribió**

Año **2017** Mes **AGO** Día **15** **YOIMER ALEJANDRO CASTAÑO MARAT**

Reconocimiento paterno **Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento**

Firma _____ *[Firma]*

ESPACIO PARA NOTAS

15.AGO.2017 - INSCRIPCION COIN FUNDAMENTO EN EL ART 118 LEY 1395 DE 2010 Y CIR 015 DE FEBRERO 14 DE 2011..