



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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE MECÁNICA AUTOMOTRIZ Y TRANSPORTE- BTÁ D.C.

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

| | |
|-------------------|----------------|
| Código Regional | 11 |
| Código Centro | 921310 |
| Fecha Elaboración | Agosto de 2025 |
| Versión | ENERO - 2.25 |
| ID de Proceso | 42457-289430 |

DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|--|---------------------------|---|-----------------|
| Nombres y apellidos: | CESAR HUMBERTO MELO TOVAR | Banco a consignar: | BANCO DE BOGOTA |
| Cédula de Ciudadanía | 79.816.755 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | cmelot@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 025343468 |
| IP/Nº de contacto: | 3134177778 | 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 2024 | NO |
| ¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión? | | | |
| Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000 | | | |
| 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) | | | |
| ¿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. | | | |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--|--|--------------------|-------|--|---|
| Nº del contrato: | 7548224/2025 | Nº Compromiso SIIF | 14825 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 7 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, ASÍ COMO OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS, NIVELES Y ESPECIALIDADES IMPARTIDAS PO | | | | |

DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del | 01/08/2025 | Al | 25/08/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 5.366.315 |
| Número de pago | 7 | | | Valor Total del Contrato: | \$ 29.436.870 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 4.599.511,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 766.804 |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios | \$ 4.599.511 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | \$ 0 | Retención en la Fuente del Periodo | \$ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ 0 | | |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO | \$ 4.599.511 | Menos, Retefuente Otros Ingresos | \$ 0 |
| BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 2.711.160 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | \$ 0 |

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

| | Agosto | Julio | | | | |
|--|---------------|--------------|---|-----------------------|--------|--|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | ----- | 88567023 | Base retención en la fuente a título de RENTA | 2.711.160,00 | TARIFA | |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 1.839.804 | \$ 1.839.804 | Base retención en la fuente a título de ICA | 4.075.111,00 | | |
| 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 | \$ - | \$ 0 | Menos Retención IVA | 0,00 | 15% | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | | Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 39.366,00 | 0,966% | |
| 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 | \$ 459.951 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% | |
| Salud hasta | \$ 796.784 | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% | |
| Renta Exenta 25% | \$ 22.949.039 | \$ 904.000 | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 4.800.000 | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ - | | VALOR A PAGAR | \$4.560.145,00 | | |

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| |
|--|
| TECNICO MANTENIMIENTO MOTOCICLETAS Y MOTOCARROS UVAL-USME 3298238 |
| TECNICO MANTENIMIENTO MOTOCLETAS Y MOTOCARROS PASQUILLA-CIUDAD BOLIVAR 2986758 |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| | |
|--|--|
| PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: | |
| 1. Cumpli 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 | |
| | CESAR HUMBERTO MELO TOVAR 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. 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. | |
| | JOAQUIN RUIZ DIAZ 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
SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 79816755 | CESAR HUMBERTO MELO TOVAR | | Cil 3 Sur # 69 D 34 | 3134177778 | cmelot80@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |
| | | | | | | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| | | | | | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 30/07/2025 | 88567023 | \$545.200 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 230.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 230.000 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|--|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados | |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 294.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 294.400 | 1 | |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.700 | | | | 9.700 | 0 | 0 | 9.700 | | | 97 | 9.700 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 11.100 | 0 | 0 | 11.100 | 1 |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 230.000 | 230.000 |
| Pensión | 1 | 294.400 | 294.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.700 | 9.700 |
| CCF | 1 | 11.100 | 11.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 545.200 | 545.200 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 79816755 | CESAR HUMBERTO MELO TOVAR | | Cil 3 Sur # 69 D 34 | 3134177778 | cmelot80@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |
| | | | | | | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| | | | | | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|---------------|--|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC | |
| | | | | | 1 | 0 | |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 30/07/2025 | 88567023 | \$545.200 | | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|-----|-----|-----|------------|----------|-----------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Colom. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TPP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MA | ASP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 79816755 | MELO TOVAR CESAR HUMBERTO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.839.804 | 294.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.839.804 | 230.000 | 14-23 | 1.839.804 | 1 | 9.700 | CCF24 | 1.839.804 | 11.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 15 de Agosto 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el párrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el párrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|----------|-------------|---------------------------------|-------------------|
| 1 | Hija | Sara Gabriela Melo Ortiz | 1031181838 |
| | | | |

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: César Humberto Melo Tovar C.C.
79816755



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



NUIP 1.031.181.839

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57640569

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A X B

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

REGISTRADURIA DE RAFAEL URIBE URIBE BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA

Datos del nacido

Primer Apellido MELO Segundo apellido ORTIZ

Nombre(s) SARA GABRIELA

Fecha de nacimiento Año 2017 Mes AGO Día 10 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía) COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 14255312-2

Datos de 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 ORTIZ PRIETO MAGDA LORENA

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.023.889.805

Nacionalidad COLOMBIA

Datos de padre o madre (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 MELO TOVAR CESAR HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número) CC 79.816.755

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MELO TOVAR CESAR HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número) CC 79.816.755

Firma *[Firma]*

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 Año 2017 Mes AGO Día 23

Nombre y firma del funcionario que autoriza RUBIELA TRUJILLO PEREZ - REGISTRA

Nombre y firma *[Firma]*

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante qu se hace el reconocimiento *[Firma]*

Firma *[Firma]* Nombre y firma *[Firma]*

ESPACIO PARA NOTAS

23.AGO.2017 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 42 LIBRO 32.



ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO ART 115 DTO 1260/70, TIENE VIGENCIA PERMANENTE ART 2 DECRETO 2189 DE 1983; SE OMITE SELLO SEGÚN (ART 11 DTO 2150/95). BOGOTA D.C., A LOS

[Firma]
RUBIELA TRUJILLO PEREZ
REGISTRADORA AUXILIAR RAFAEL URIBE URIBE LOC 18

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO