



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 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	Setiembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	29603-770303

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JAIVER ANDRES GONZALEZ LAGOS	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.121.891.853	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	andresgonzalezlagos@gmail.com	Número de Cuenta:	39514933727
IP/Nº de contacto:	83989	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?			
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:	7324204/2025	Nº Compromiso SIIF	10725	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 CAFEC, PARA LA RED DE CONOCIMIENTO TRANSPORTE RAD.85-9-2025-000354				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/08/2025	Al	31/08/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 25.424.562
Número de pago	7			Valor Total del Contrato:	\$ 55.827.358
Valor Bruto Pago:	\$ 5.333.824,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 20.090.738

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 5.333.824	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	\$ 5.333.824	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 3.144.342	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	-----	7980010052-798	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.144.342,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 2.133.530	\$ 2.133.530	Base retención en la fuente a título de ICA	5.333.824,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 266.700	\$ 266.700	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 341.400	\$ 341.400	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 IV	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8299 - YOPAL	53.338,00	1,000%
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	\$ 1.048.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 5.974.000	-	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

Se imparte formación en las fichas relacionadas así, Impartí 160 Horas en la FICHA
FICHA 3070226: 210303025. Calcular costos de operación de acuerdo con métodos
FICHA 3185851: 210101071 - Elaborar el plan de compras según métodos de programación y presupuesto
FICHA 3236491. 210101064. Coordinar el transporte según rutas y medios
Se adjunta planilla de aportes identificada con No. 7980010052, la cual tuvo un reajuste reportado con el No. 7984304263
Se realizó en conjunto la planeación y ejecución de las actividades acorde con la guía de aprendizaje
Total horas ejecutadas mes de Agosto 160 horas

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

JAIVER ANDRES GONZALEZ LAGOS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

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

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

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:	1121891853	NÚMERO PLANILLA:	7984304263	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	JAIVER ANDRES GONZALEZ LAGOS	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CLL 4 # 34A 39 LAS ACACIAS	TELÉFONO:	META	DÍAS DE MORA:	11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1724839077
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	99999999	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/25	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2025/07/21
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE	NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7980010052		
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Actividades combinadas de servicios administrativ				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
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	DESCUENTO	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 175.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.300	\$ 0	\$ 175.200	\$ 1.300	\$ 0	\$ 176.500
SUBTOTALES:										\$ 175.200	\$ 1.300	\$ 0	\$ 176.500

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 136.800	\$ 0	\$ 1.000	\$ 0	\$ 136.800	\$ 1.000	\$ 0	\$ 137.800
SUBTOTALES:										\$ 136.800	\$ 1.000	\$ 0	\$ 137.800		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 26.600	\$ 0	\$ 26.600	\$ 200	\$ 0	\$ 26.800
SUBTOTALES:										\$ 26.600	\$ 200	\$ 0	\$ 26.800

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	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SEN	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	DÍAS COT	IBC	ADMIN
1	CC 1121891853	GONZALEZ LAGOS JAIVER ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.640.000				NO	19					A											230301-PORVENIR	19	\$ 166.200	\$ 1.038.667	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 166.200	EPS002-SALUD TOTAL	19	\$ 129.900	\$ 1.038.667	\$ 0	\$ 129.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	19	\$ 25.400	\$ 1.038.667	\$ 0	\$ 112189185	\$ 25.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
2	CC 1121891853	GONZALEZ LAGOS JAIVER ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.640.000				NO	30					C 01-30											230301-PORVENIR	30	\$ 341.400	\$ 2.133.529	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 341.400	EPS002-SALUD TOTAL	30	\$ 266.700	\$ 2.133.529	\$ 0	\$ 266.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 52.000	\$ 2.133.529	\$ 0	\$ 112189185	\$ 52.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
3	CC 1121891853	GONZALEZ LAGOS JAIVER ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.640.000				NO	30					R 01-30											230301-PORVENIR	11	\$ 175.200	\$ 1.094.862	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 175.200	EPS002-SALUD TOTAL	11	\$ 136.800	\$ 1.094.862	\$ 0	\$ 136.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	11	\$ 26.600	\$ 1.094.862	\$ 0	\$ 112189185	\$ 26.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 341.100



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 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 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	1230343383	JOSUE GONZALEZ MORENO	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: _____ JAIVER ANDRES GONZALEZ LAGOS _____

C.C. __1121891853_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
27712176-7



NUIP 1.230.343.383

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 56587047

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A F Z

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

REGISTRADURIA DE VILLAVICENCIO-CL SALUDCOOP - COLOMBIA - META - VILL

Datos del inscrito

Primer Apellido GONZALEZ Segundo Apellido MORENO

Nombre(s) JOSUE

Fecha de nacimiento Año 2015 Mes NOV Día 20 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo B Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA META VILLAVICENCIO

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

Número certificado de nacido vivo 13721186-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos MORENO CRUZ JHUSEKA LUPPERLY

Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.121.873.144

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos GONZALEZ LAGOS JAIVER ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.121.891.853

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos GONZALEZ LAGOS JAIVER ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.121.891.853

Firma *Jaiver Andrés*

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 2015 Mes NOV Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza ALICIA PINZON O-HENRY GARCIA ARIZ

Reconocimiento paterno

Firma *Jaiver Andrés*

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento *Alicia Pinzon O-Henry Garcia Ariz*

ESPACIO PARA NOTAS

- PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL -



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

LA REGISTRADURIA ESPECIAL DE VILLAVICENCIO, INFORMA QUE CON SERIAL SG587047
FUE CONSULTADO E IMPRESO DESDE LOS ARCHIVOS MAGNETICOS DE REGISTRO CIVIL DE LA REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL.

Fecha **15 ENE. 2021**


ALEXANDER BAQUERO SANABRIA
Registrador Especial de Villavicencio