



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 GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	940410
Fecha Elaboración	Setiembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	73788-616919

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JUAN CARLOS MORENO JIMENEZ	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	79.648.974	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	juankmoreno27@hotmail.com	Número de Cuenta:	61868815964
IP/Nº de contacto:	1	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	SI
¿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: Honorarios profesionales a persona declarante de renta			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7392155/2025	Nº Compromiso SIIF	3225	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar temporalmente los servicios profesionales a la gestión, para contribuir con el cumplimiento de los indicadores de evaluación y certificación de competencias laborales del SENA, y de construcción y revisión de instrumentos de evaluación, en las áreas clave de gestión administrativa			

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/09/2025	Al	30/09/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 19.360.000
Número de pago	8			Valor Total del Contrato:	\$ 52.917.333
Valor Bruto Pago:	\$ 4.840.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 14.520.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.840.000	Honorarios profesionales a persona declarante de re	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	\$ 4.840.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.845.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Setiembre	Agosto		
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	89536650	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.845.000,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.936.000	\$ 1.936.000	Base retención en la fuente a título de ICA	4.288.200,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 242.000	\$ 242.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 309.800	\$ 309.800	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	\$ 10.200	\$ 10.200	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	41.424,00 0,966%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Otras Retenciones	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 0,000%
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	\$ 484.000	-	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 949.000	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 6.579.000	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	VALOR A PAGAR	\$ 4.798.576,00

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se solicitan instrumentos para 164 candidatos del grupo CENDIATRA
Se empieza a realizar conocimiento grupo Lira seguridad
Revisión de instrumentos grupo CENDIATRA
Sensibilización grupo VIGIAS DE COLOMBIA
Sensibilización a 72 candidatos del grupo de CATASTRO DISTRICTAL
Reunión personalizada evaluadores proceso ECCL seguimiento indicadores y PI
Transferencia de Conocimiento en la aplicación de ESE
Se solicitan instrumentos para 34 candidatos del grupo SUPERIOR

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

JUAN CARLOS MORENO JIMENEZ
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,

LUIS ALEJANDRO ZARTA BAUTISTA
PROFESIONAL G01(E)

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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79648974	JUAN CARLOS MORENO JIMENEZ		CALLE 19 B # 81 B 45 TORRE 8 AP 101	8071130	juankmoreno27@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89536650	\$1.142.400	

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	492.000	0		0		0	0	0	0	492.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	629.800	0	0	0	0	0	0	0	629.800	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	20.600				20.600	0	0	20.600			206	20.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	492.000	492.000
Pensión	1	629.800	629.800
Riesgos Laborales	1	20.600	20.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.142.400	1.142.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79648974	JUAN CARLOS MORENO JIMENEZ		CALLE 19 B # 81 B 45 TORRE 8 AP 101	8071130	juankmoreno27@hotmail.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	
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89536650	\$1.142.400		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colm. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	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	79648974	MORENO JIMENEZ JUAN CARLOS	59	0			N																	25-14	3.936.000	629.800	0	0	0	0	EPS008	-3.936.000	492.000	14-23	3.936.000	1	20.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 de septiembre 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:

T.I.	1014999521	JUAN PABLO MORENO RIOS	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: JUAN CARLOS MORENO JIMENEZ

C.C. 79.648.9874

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

55900216

NUIP 1014999521

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.						

Datos del inscrito

Primer Apellido			Segundo Apellido											
MORENO			RIOS											
Nombre(s)														
JUAN PABLO														
Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH									
Año	2	0	1	8	Mes	S	E	P	Día	0	9	MASCULINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ														

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14974956-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
RIOS GALVIZ KAROLIN	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1016090833 de BOGOTÁ D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
MORENO JIMENEZ JUAN CARLOS	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79648974 de BOGOTÁ D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
MORENO JIMENEZ JUAN CARLOS	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 79648974 de BOGOTÁ D.C.	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
-----	-----

Datos segundo testigo

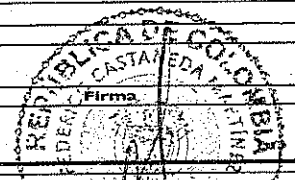
Apellidos y nombres completos	

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
-----	-----

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 1 8 Mes S E P Día 1 3	FEDERICO CASTANEDA MARTINEZ BOGOTÁ D.C.
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
	FEDERICO CASTANEDA MARTINEZ
Firma	Nombre y firma

EL NOTARIO 64 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C. (5018)
El ESPACIO PARA NOTAS



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

