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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**26504-025259**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CESAR RENE RIVERA CHAVARRO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	80.354.918	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	crrivera@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	20597004673
IP/Nº de contacto:	14758	**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

Nº del contrato:	7390710/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**6825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÃ³N DE SERVICIOS PROFESIONALES AUTÃ³NOMOS E INDEPENDIENTES				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2025**	**Al**	**31/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 13.185.265
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.674.719
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 8.585.754

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.704.460**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9492867683**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.704.460,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804	Base retención en la fuente a titulo 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 I		$ 9.700	$ 9.700	Menos Retencion 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		$ -		-	0,00	0%
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%	$ 36.062.775	$ 901.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.148.000					
				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

Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de Propiedad Horizontal Desarrollar Programas de Mejora Ficha 2923204
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de Propiedad Horizontal Desarrollar Programas de Mejora Ficha 2923222
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de Propiedad Horizontal Desarrollar Programas de Mejora Ficha 2955261
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de Propiedad Horizontal Desarrollar Programas de Mejora Ficha 2996353
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de Propiedad Horizontal Desarrollar Programas de Mejora Ficha 2996480
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de Propiedad Horizontal Contabilizar Operaciones de Ac. Ficha 3065901
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de Propiedad Horizontal Desarrollar Programas de Mejora Ficha 3142306

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



CESAR RENE RIVERA CHAVARRO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

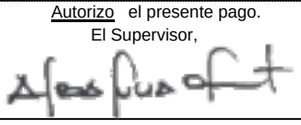
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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 período 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,



ALBA LUCIA OLMOS TRUJILLO
INSTRUCTOR

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
CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

03/10/25 13:24:46 USUARIO: SIC - C.C. 80354918

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80354918		RIVERA CHAVARRO CESAR RENE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 25B bis#100-76 torre11 apto.302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1821993616	9492867683	I	2025/10/06	2025/10/02	BANCOLOMBIA	0	$914,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,150,000	$504,000			$3,150,000	$393,800			$0	$0			$3,150,000	$16,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,150,000	$504,000			$3,150,000	$393,800			$0	$0			$3,150,000	$16,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,150,000	$504,000			$3,150,000	$393,800			$0	$0			$3,150,000	$16,500		$0	$0
1	CC	80354918 RIVERA CESAR	25-14	30	$3,150,000	$504,000	EPS005	30	$3,150,000	$393,800		0	$0	$0	14-23	30	$3,150,000	$16,500	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$3,150,000	$504,000			$3,150,000	$393,800			$0	$0			$3,150,000	$16,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80354918		RIVERA CHAVARRO CESAR RENE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 25B bis#100-76 torre11 apto.302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1821993616	9492867683	I	2025/10/06	2025/10/02	BANCOLOMBIA	0	$914,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$504,000	$0	$0	$504,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$504,000	$0	$0	$504,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,500	$0	$0	$16,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,500	$0	$0	$16,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$393,800	$0	$0	$393,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$393,800	$0	$0	$393,800
TOTAL				**1**	**$914,300**	**$0**	**$0**	**$914,300**

Gmail

CESAR RENE RIVERA <cesarrenerivera@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1821993616

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 2 de octubre de 2025, 14:22
Para: cesarrenerivera@gmail.com

¡Hola, CÉSAR RENÉ RIVERA CHAVARRO!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 914.300

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9492867683

Fecha de la transacción: 02/10/2025

CUS: 1821993616

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

Bancolombia

Comprobante en línea

2 Oct 2025 14:20:13

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 1821993616

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
179.1.219.171

Fecha
2 Oct 2025 14:20:13

Referencia 2
CC

Número de factura
9492867683

Referencia 3
80354918

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9492867683

Valor del Pago
$914.300

Número de comprobante
TR1419073616

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 4673**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 12 de octubre 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 (1) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.		**1025064593**	**SAMUEL ISAAC RIVERA AGUILAR**	**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: César René Rivera Chavarro
C.C. 80.354.918

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 12 de octubre del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

TI	**1025064593**	**SAMUEL ISAAC RIVERA AGUILAR**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



CESAR RENE RIVERA CHAVARRO
C.C. 80354918

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

NUIP 1025064593

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43697123

43697123

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [-9] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1009

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RIVERA	AGUILAR

Nombre(s)
SAMUEL ISAAC

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes JUL Día 05	MASCULINO	"A"	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51893618-2

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos
AGUILAR QUIJANO JANNETH
Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad
Cédula de ciudadanía 21,016,864 | COLOMBIANA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos
RIVERA CHAVARRO CESAR RENE
Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad
Cédula de ciudadanía 80,364,918 | COLOMBIANO

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos
RIVERA CHAVARRO CESAR RENE
Documento de identificación (Clase y número) | Firma
Cédula de ciudadanía 80,364,918

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 2009 Mes AGO Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza
GUILLERMO AUGUSTO ARCINIEGAS MARTINEZ
NOTARIO 9 - BOGOTA
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma

GUILLERMO AUGUSTO ARCINIEGAS MARTINEZ
NOTARIO 9 - BOGOTA
Nombre y firma

RECONOCIMIENTO INSCRITO L.V. 85 F. 125 [illegible] VIA DE TOMA HUELLA INDICE DERECHO DEL PADRE DIR. CL. 25B BIS No. 100-76 BI 11 AP [illegible] Tel. 4228525 - 1a COPIA EXENTA DE PAGO

COMO NOTARIO NOVENO DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C. CERTIFICO QUE ESTE REGISTRO ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE A PETICION DEL INTERESADO PARA **ACREDITAR PARENTESCO.**

(Articulo 115 Decreto 1260/70) 05 AGO 2009
BOGOTA
ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE

República de Colombia
NOTARIA 9 - BOGOTA
GUILLERMO AUGUSTO ARCINIEGAS MARTINEZ

PARA LA OFICINA DE REGISTRO -