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 METALMECÁNICO- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921410**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**02702-175480**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JULIO CESAR CASTILLO VELANDIA	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	80.126.833	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jcastillov@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24073795326
IP/Nº de contacto:	3203971761	**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:	7429409/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**8625**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INTRUCTOR PARA FORMACIÃ³N PROFESIONAL INTEGRAL, CONFORME A LAS COMPETENCIAS DE LOS PROGRAMAS CMM				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2025**	**Al**	**31/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 12.265.363
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.528.281
Valor Bruto Pago:		**$ 4.599.511,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 7.665.852

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	**$ 2.677.260**	**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		----------	**9492161463**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.839.804
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 230.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 294.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 44.900	$ 44.900
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 893.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.831.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.677.260,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	39.366,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
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

Orientación de cursos complementarios, asignación de cursos, actividades de procesos pedagógicos

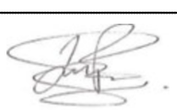
Sesiones de formación y alistamiento para el mes de septiembre- octubre de 2025 en las competencias y grupos asignados:

FUNDAMENTOS DE SISTEMAS DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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



JULIO CESAR CASTILLO VELANDIA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

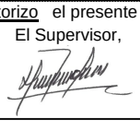
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



FREDY HERNANDO ARIAS AYALA
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
JULIAN ANDRES COLORADO CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80126833		CASTILLO VELANDIA JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 41 A N 3 - 52 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3203971761	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	1840986044	9492161463	I	2025/10/08	2025/10/09	BANCO CAJA SOCIAL	1	$569,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																													
1	CC	80126833	CASTILLO JULIO																	25-14	30	EPS005	30		0	14-23	30	2.436%	0	No
Total	**Afiliados(1)**																													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80126833		CASTILLO VELANDIA JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 41 A N 3 - 52 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3203971761	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	1840986044	9492161463	I	2025/10/08	2025/10/09	BANCO CAJA SOCIAL	1	$569,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$294,400	$200	$0	$294,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$294,400	$200	$0	$294,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,900	$100	$0	$45,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$44,900	$100	$0	$45,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,000	$200	$0	$230,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$230,000	$200	$0	$230,200
TOTAL				1	$569,300	$500	$0	$569,800

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 10 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(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1025328805**	**Alejandro Castillo Cabrera**	**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: Julio Cesar Castillo Velandia
C.C. 80126833 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025328805

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **54337411**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 33 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 9860

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTILLO----------	CABRERA----------

Nombre(s)
ALEJANDRO----------

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes AGO Día 10	MASCULINO-	O	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 DE NACIDO VIVO----------	53074935-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
CABRERA BOBADILLA MARLLOBIS----------

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 53.125.221 BOGOTA DC----------	COLOMBIANA----

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
CASTILLO VELANDIA JULIO CESAR----------

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80126833 BOGOTA D C----------	COLOMBIANA----

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
CASTILLO VELANDIA JULIO CESAR----------

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 80126833 BOGOTA D C----------	80126833

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

REPUBLICA DE COLOMBIA 33 33

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2015 Mes SEP Día 01	DIANA BEATRIZ LOPEZ DURAN

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ELABORÓ:
REVISÓ: