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	**Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**41463-753469**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OSMAN LEONARDO BARRERA FONSECA	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	74.185.367	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	olbarrera@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	616611794
IP/Nº de contacto:		**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?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	SI
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:	7526377/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**32725**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICOS DE APOYO A LA GESTIÓN, EN LA ECCL DEL SENA, Y CONSTRUCCIÓN Y REVISIÓN DE INSTRUMETOS DE EVALUACIÓN, EN LAS FUNCIONES PRODUCTIVAS O ÁREAS CLAVE DE TRANSPORTE. RAD. 85-9-2025-000625

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2025 Al 31/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 8.066.667
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 43.560.000
Valor Bruto Pago:	**$ 4.840.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 3.226.667

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.840.000	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	**$ 4.840.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.845.000**	**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		----------	**4621299898**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.936.000	$ 1.936.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 242.000	$ 242.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 309.800	$ 309.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 10.200	$ 10.200
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		$ 484.000	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 949.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.851.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.845.000,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.840.000,00	
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 - YOPAL	48.400,00	1,000%
-	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	**$4.791.600,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se solicito la creación del grupo 9 por Demanda Social: 2025-85-9519-996-P414. para la norma 280101100, Conducir vehículos livianos de procedimientos técnicos y normativa de tránsito y transporte, se envió la documentación de los 53 candidatos a certificar.

Se solicito la batería de instrumentos de conocimiento, desempeño y producto del proyecto 2025-85-9519-996-P414 Grupo No. 9, para evaluar los 53 candidatos en la NSCL 280601100, Conducir vehículos livianos de acuerdo con procedimientos técnicos y normativa de y transporte. Se iniciaron también las evaluaciones de desempeño y producto.

Se realizo el cronograma de actividades en el aplicativo DSNFT para el P-414, grupo 9.

Se notificó vía mensaje de whatsapp los resultados obtenidos en la prueba de conocimiento desempeño y producto a los candidatos del P-414 Grupo 9 para evaluados en la norma 280601100.

Se verifico la información de los 53 candidatos del proyecto P-414 Grupo 9 para evaluar la norma 280601100.

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

OSMAN LEONARDO BARRERA FONSECA
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,

LEVIS CERPA RUIZ
PROFESIONAL G02

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

16/10/25 13:21:54 USUARIO: SIC - C.C. 74185367

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74185367
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSMAN LEONARDO BARRERA FONSECA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 26 N 2 65	TELÉFONO:	7400000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4621299898**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/10			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994302617

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 309.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 309.800	$ 0	$ 309.800
SUBTOTALES:										**$ 309.800**	**$ 0**	**$ 309.800**

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	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 242.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.000	$ 0	$ 0	$ 242.000
SUBTOTALES:													**$ 242.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 242.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.200	$ 10.200	$ 0	$ 0	$ 10.200
SUBTOTALES:									**$ 10.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 10.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 74185367	BARRERA FONSECA OSMAN LEONARDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.936.000				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.936.000	$ 309.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 309.800	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.936.000	$ 242.000	$ 0	$ 242.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.936.000	74185367	$ 10.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 562.000

Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 31 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:

NUIP - NIP	**1145429014**	**OSMAN BARRERA MONTAÑEZ**	**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: OSMAN LEONARDO BARRERA FONSECA

C.C. 74.185.367

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

NUIP 1145429014

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59595547

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría: X | Notaría: | Número: | Consulado: | Corregimiento: | Inspección de Policía: | Código: | D | U | Q

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

COLOMBIA - BOYACA - SOGAMOSO SOGAMOSO H. R. SOGAMOSO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BARRERA	MONTAÑEZ

Nombre(s)

OSMAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor Rh
Año 2019 Mes MAR Día 24	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA - BOYACA - SOGAMOSO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15360631-4

Datos de padre o madre (Para casos de parejas indígenas con línea materna: el padre del recién nato, anote el progenitor que indique los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MONTAÑEZ NIÑO JULIETH ROCIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 46384227	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de parejas indígenas con línea materna: el padre del recién nato, anote el progenitor que indique los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BARRERA FONSECA OSMAN LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 74185367	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MONTAÑEZ NIÑO JULIETH ROCIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 46384227	

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 2019 Mes MAR Día 26	CARLOS ARIEL PEREZ DIAZ Nombre y Firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil 24740019-2

NÚMERO DE PREPARACIÓN 1736042