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 META

CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META

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

Código Regional	**50**
Código Centro	**911710**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**14551-720901**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	URIEL ANTONIO ROSERO GOMEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	80.156.439	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	uaroserog@unal.edu.co	**Número de Cuenta:**	057000777029128 9
IP/Nº de contacto:	84176	**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:	7480324/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**21125**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES ASIGNADOS, PARA EL DESARROLLO DE HABILI

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2025 Al 31/10/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.667.648
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 50.137.946
Valor Bruto Pago:	**$ 5.333.824,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 5.333.824

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.333.824	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	**$ 5.333.824**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.127.042**	**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		----------	**9492230095**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.133.530	$ 2.133.530
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 266.700	$ 266.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 341.400	$ 341.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 22.300	$ 22.300
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		$ 533.382	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 1.043.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.676.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.127.042,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.333.824,00	
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	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
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	**$5.333.824,00**	

SON: CINCO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

AGRICULTURA DE PRECISIÓN, COMPETENCIAS Manejar datos especializ, Recolectar datos de ac	FICHA No.	3171102
GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN AGRÍCOLA, COMPETENCIA Manejar datos agrícolas según factores	FICHA No.	3230920
GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN AGRÍCOLA, COMPETENCIA Manejar datos agrícolas según factores	FICHA No.	2924873
GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN AGRÍCOLA, COMPETENCIA Manejar datos agrícolas según factores	FICHA No.	3313207
COMPLEMENTARIO BÁSICO EN MANTEMINIENTO Y OPERACIÓN DEL TRACTOR	FICHA No.	3361582

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

URIEL ANTONIO ROSERO GOMEZ
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,

EDNA SAMARA HERNANDEZ BEJARANO
INSTRUCTOR G13

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
HECTOR EDUARDO RUIZ MONDRAGON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

16/10/25 18:14:21 USUARIO: SIC - C.C. 80156439

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1827764027

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9492230095

Fecha
04/10/2025

Número de aprobación
00764027

Dirección IP
191.104.56.116

Valor transacción
$ 630.400,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
192.168.12.180	CC	80156439

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

Pagos aportes en línea
Resumen del pago

La transacción fue APROBADA por su entidad financiera.

Detalle de la transacción:

Comercio:	**Aportes en línea**
NIT:	**9999001472382**
Clave de planilla:	**9492230095**
Periodo de pago:	**2025-09**
Fecha de la transacción:	**2025/10/06**
Valor:	**630,400**
Banco:	**BANCO DAVIVIENDA**
Dirección IP:	**192.168.12.180**
Código único de seguimiento (CUS):	**1827764027**

Aceptar

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 80156439		ROSERO GOMEZ URIEL ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 4 sur n 35-95 int c-3 apto 204	VILLAVICENCIO-META	8011363	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	1827764027	9492230095	I	2025/10/09	2025/10/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$630,400

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: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																													
1	CC	80156439 ROSERO URIEL																		25-14	30	EPS005	30		0	14-23	30	1.044%	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 80156439		ROSERO GOMEZ URIEL ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 4 sur n 35-95 int c-3 apto 204	VILLAVICENCIO-META	8011363	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	1827764027	9492230095	I	2025/10/09	2025/10/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$630,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$341,400	$0	$0	$341,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$341,400	$0	$0	$341,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,300	$0	$0	$22,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$22,300	$0	$0	$22,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$266,700	$0	$0	$266,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$266,700	$0	$0	$266,700
TOTAL				1	$630,400	$0	$0	$630,400

2025/10/04 12:46 PM

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 80156439		ROSERO GOMEZ URIEL ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 4 sur n 35-95 int c-3 apto 204	VILLAVICENCIO-META	8011363	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	1827764027	9492230095	I	2025/10/09	2025/10/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$630,400

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,133,530	$341,400			$2,133,530	$266,700			$0	$0			$2,133,530		$22,300		$0	$0		$630,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,133,530	$341,400			$2,133,530	$266,700			$0	$0			$2,133,530		$22,300		$0	$0		$630,400
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																						$2,133,530	$341,400			$2,133,530	$266,700			$0	$0			$2,133,530		$22,300		$0	$0		$630,400
1	CC	80156439 ROSERO URIEL																		25-14	30	$2,133,530	$341,400	EPS005	30	$2,133,530	$266,700		0	$0	$0	14-23	30	$2,133,530	1.044%	$22,300	0	$0	$0	No	$630,400
Total		**Afiliados(1)**																				$2,133,530	$341,400			$2,133,530	$266,700			$0	$0			$2,133,530		$22,300		$0	$0		$630,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80156439		ROSERO GOMEZ URIEL ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 4 sur n 35-95 int c-3 apto 204	VILLAVICENCIO-META	8011363	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	1827764027	9492230095	I	2025/10/09	2025/10/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$630,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$341,400	$0	$0	$341,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$341,400	$0	$0	$341,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,300	$0	$0	$22,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$22,300	$0	$0	$22,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$266,700	$0	$0	$266,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$266,700	$0	$0	$266,700
TOTAL				**1**	**$630,400**	**$0**	**$0**	**$630,400**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Villavicencio, 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.	**1027284096**	**Juan Santiago Rosero Cadena**	**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: Uriel Antonio Rosero Gómez

C.C. 80156439

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1027284096

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50369754

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 34 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A9E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROSERO	CADENA

Nombre(s)

JUAN SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes JUL Día 30	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D . C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10366166-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CADENA MONTAÑO YULAY AMPARO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1014228979 BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ROSERO GOMEZ URIEL ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80156439 BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ROSERO GOMEZ URIEL ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 80156439 BOGOTA

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010 Mes JUL Día 31	BLANCA HELENA BARRAGAN ROLDAN

Nombre y firma del declarante	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
XROSERO GOMEZ URIEL ANTONIO	BLANCA HELENA BARRAGAN ROLDAN
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV 161 FL 0218

34 NOTARIA TREINTA Y CUATRO

34 NOTARIA TREINTA Y CUATRO
REPUBLICA DE COLOMBIA
CIRCULO DE BOGOTA D.C.
ES COPIA FIEL Y AUTENTICA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DEL REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO DE LA NOTARIA 34 Y SE EXPIDE AL INTERESADO PARA ACREDITAR SU PARENTESCO. ESTE REGISTRO CIVIL NO TIENE TERMINO DE VIGENCIA Dec. 2158 de 1983 EXCEPTO PARA MATRIMONIO
27 DIC 2013

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO