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 GUAVIARE

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE

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

Código Regional	**95**
Código Centro	**953310**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**81677-072252**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CESAR AUGUSTO GONZALEZ FERNANDEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	80.008.120	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cesaraugustogonzalezf@gmail.com	**Número de Cuenta:**	89017434897
IP/Nº de contacto:	85321	**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**	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	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:	7372542/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**3925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FPI EN MODALIDAD PRESENCIAL PROG ARTICULACIÓN CON MEDIA, RED PECUARIA QUE IMPARTE EL CDATTG, EN INSTITUCIONES DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE RDO.CPE NO. 95-9-2025-000309.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2025 Al 30/11/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 8.711.913
Número de pago	**10**	**Valor Total del Contrato:**	$ 56.005.152
Valor Bruto Pago:	**$ 5.333.824,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 3.378.089

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

		Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**81827684**
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%	$ 36.062.775	$ 1.043.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 9.348.000		
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	0,00	
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 - SAN JOSE DEL GU	0,00	0,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-Univesidad de la Amazonia	26.669,00	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	**$5.307.155,00**	

SON: CINCO MILLONES TRESCIENTOS SIETE MIL CIENTO CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2916971 inicio de reproducción

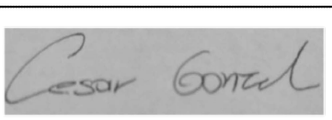
3164013 principios de farmacología, inyectología

3164015 principios de farmacología, inyectología

2917110 inicio de reproducción

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 AUGUSTO GONZALEZ FERNANDEZ
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,

EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
COORDINADOR ACADÉMICO

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
EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-20, 03:17:19 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 81827684

Periodo Cotización: octubre de 2025 **Periodo Servicio:** octubre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8909878537

PAGADO 20/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GONZALEZ FERNANDEZ CESAR AUGUSTO		
Documento	CC80008120	**Dirección**	CR 24 #9 - 66
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5842038
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SAN JOSE DEL GUAVIARE	**Departamento**	GUAVIARE
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80008120	CESAR AUGUSTO GONZALEZ FERNANDEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 2.133.600	$ 341.400	(EPS037) NUEVA EPS	$ 2.133.600	$ 266.700	1,044	$ 2.133.600	$ 22.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 630.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.133.600	$ 2.133.600	$ 2.133.600	$ 0	$ 341.400	$ 266.700	$ 22.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 630.400	$ 5.200	$ 635.600

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

SuAporte | CERTIFICADO INDIVIDUAL

Fecha creación: 2025-11-20, 03:18:50 p. m. **Tipo Planilla:** I **Número Planilla:** 81827684 **Referencia pago (PIN)** 8909878537

Periodo Cotización: 202510 **Periodo Servicio:** 202510

PAGADA 2025-11-20 14:58:22.0

Se certifica que en la fecha 20/11/2025, la empresa GONZALEZ FERNANDEZ CESAR AUGUSTO, con documento de identificación CC80008120, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al empleado GONZALEZ FERNANDEZ CESAR AUGUSTO, con CC 80008120, dirigido a las siguientes entidades.

Tipo Admin	Nit	Código	Nombre
ARP	N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS
AFP	N900336004	25-14	COLPENSIONES
EPS	N900156264	EPS037	NUEVA EPS

Tarifa ARL	Clase Riesgo
0.01044	2

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PROCESO		
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS		
NOMBRE DEL FORMATO		
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS		
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN		
Pública [X]	Pública Clasificada [ ]	Pública Reservada [ ]

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 25 de noviembre 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:

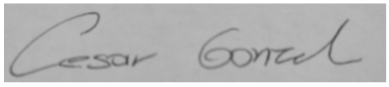
T.I.	1018449181	SAMUEL GONZALEZ BEDOYA	HIJO
T.I	1022398097	JACOBO GONZALEZ BEDOYA	HIJO

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

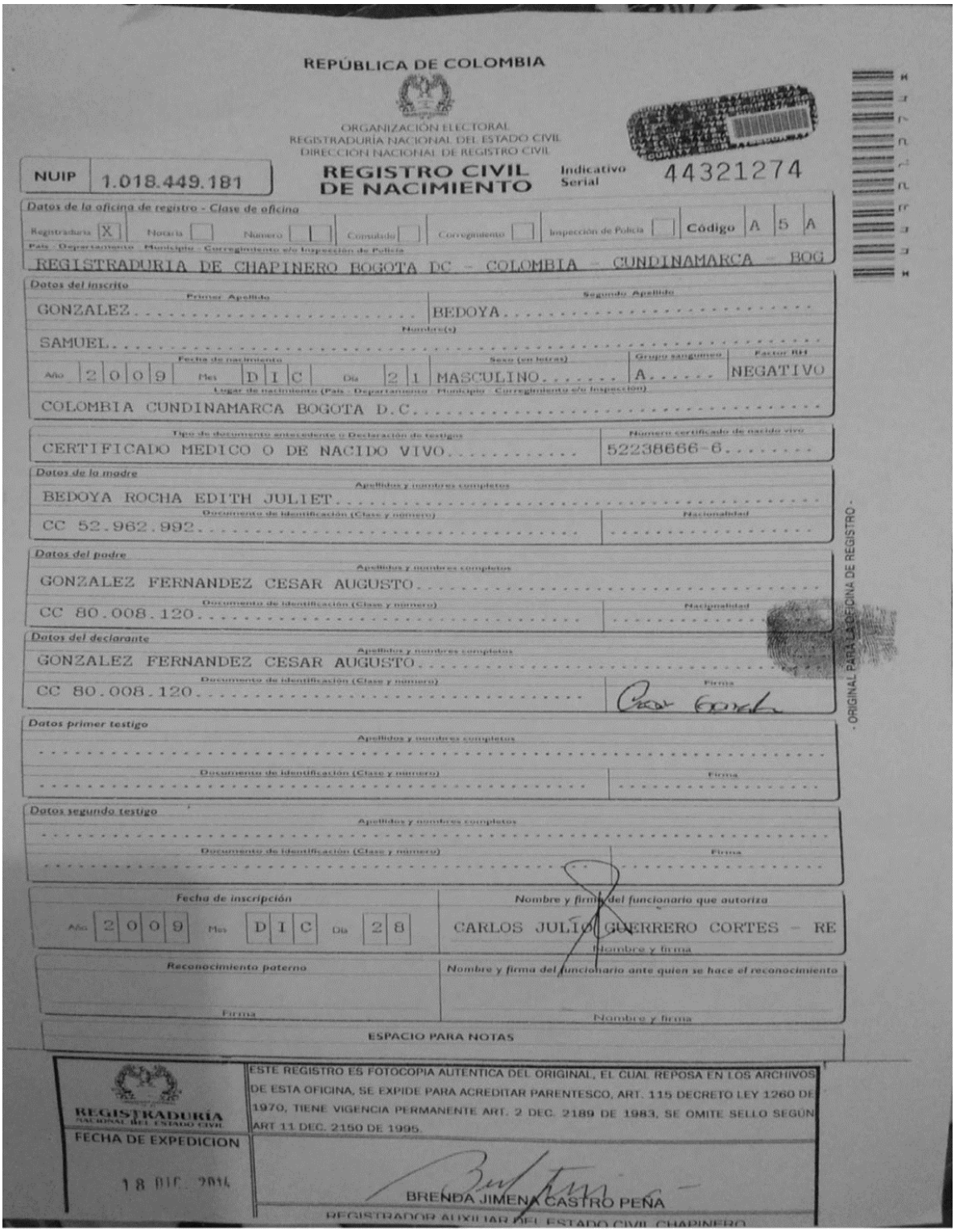
Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad 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: __Cesar Augusto Gonzalez F._____
C.C. ___80008120_____



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.018.449.181

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44321274

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 5 A

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

REGISTRADURIA DE CHAPINERO BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOG

Datos del inscrito

Primer Apellido: GONZALEZ

Segundo Apellido: BEDOYA

Nombre(s): SAMUEL

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes DIC Día 21

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: NEGATIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 52238666-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BEDOYA ROCHA EDITH JULIET

Documento de identificación (Clase y número): CC 52.962.992

Nacionalidad:

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ FERNANDEZ CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número): CC 80.008.120

Nacionalidad:

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ FERNANDEZ CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número): CC 80.008.120

Firma:

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 DIC Día 28

Nombre y firma del funcionario que autoriza: CARLOS JULIO GUERRERO CORTES - RE

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma:

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma:

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA, SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, ART. 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970, TIENE VIGENCIA PERMANENTE ART. 2 DEC. 2189 DE 1983, SE OMITE SELLO SEGÚN ART 11 DEC. 2150 DE 1995.

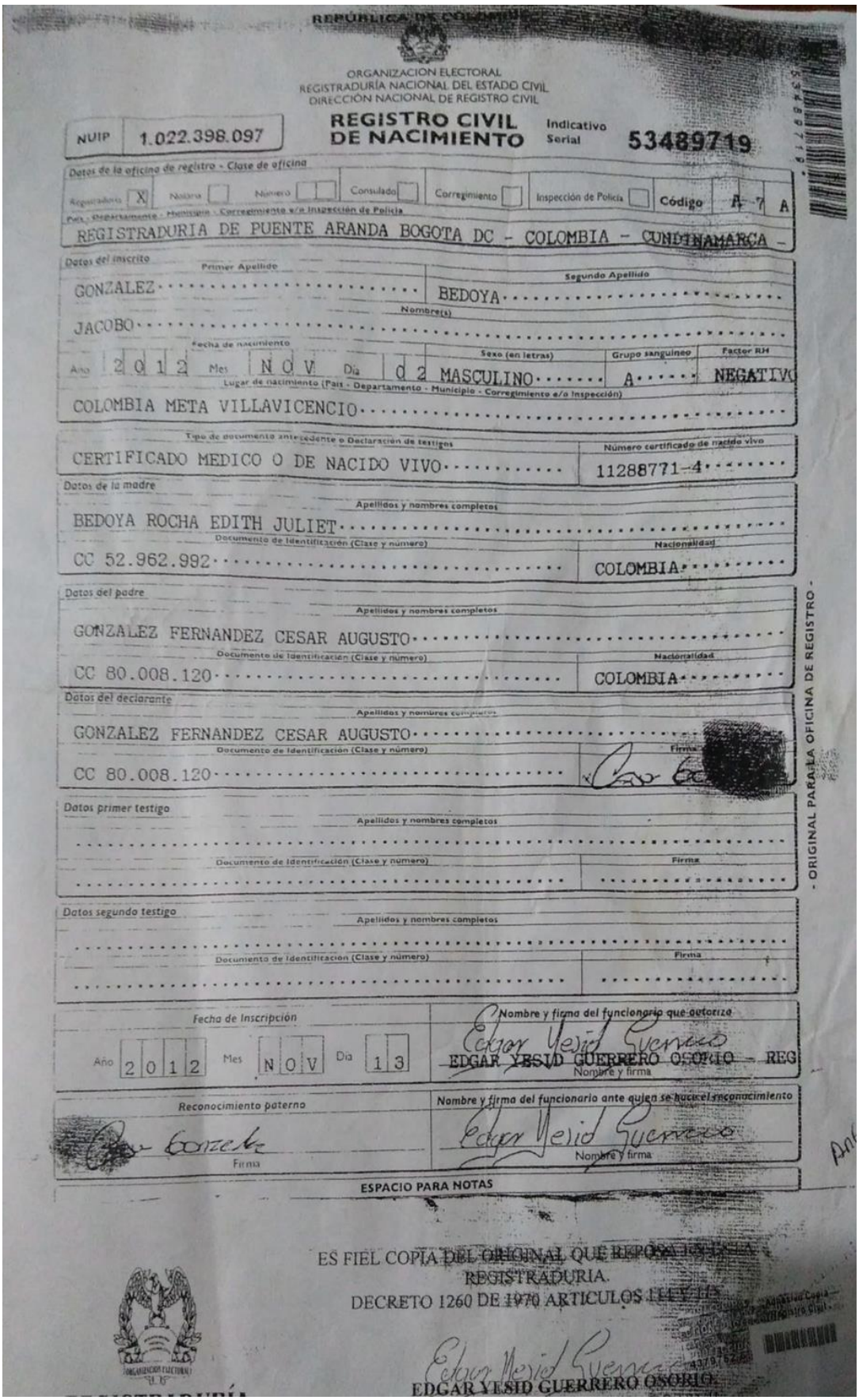
FECHA DE EXPEDICION

18 DIC 2014

BRENDA JIMENA CASTRO PEÑA

REGISTRADOR AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL CHAPINERO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.022.398.097

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53489719

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrado: X | Notaría: | Número: | Consulado: | Corregimiento: | Inspección de Policía: | Código: A 7 A

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

REGISTRADURIA DE PUENTE ARANDA BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA -

Datos del inscrito

Primer Apellido: GONZALEZ

Segundo Apellido: BEDOYA

Nombre(s): JACOBO

Fecha de nacimiento: Año 2012 Mes NOV Día 02

Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: A | Factor RH: NEGATIVO

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

COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 11288771-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BEDOYA ROCHA EDITH JULIET

Documento de Identificación (Clase y número): CC 52.962.992

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ FERNANDEZ CESAR AUGUSTO

Documento de Identificación (Clase y número): CC 80.008.120

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ FERNANDEZ CESAR AUGUSTO

Documento de Identificación (Clase y número): CC 80.008.120

Firma

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 2012 Mes NOV Día 13

Nombre y firma del funcionario que autoriza: EDGAR YESID GUERRERO OSORIO - REG

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA REGISTRADURIA.
DECRETO 1260 DE 1970 ARTICULOS 111 Y 115

EDGAR YESID GUERRERO OSORIO