



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 | Diciembre de 2025 |
| Versión | ENERO - 2.25 |
| ID de Proceso | 09995-656383 |

DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|--|----------------------|---|-------------|
| Nombres y apellidos: | ALFONSO PEREZ GAITAN | Banco a consignar: | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía | 17.548.124 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | alperezg@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 36341639292 |
| IP/Nº de contacto: | | 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? | | | |
| Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000 | | | |
| 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) | | | |
| ¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente? | | | |
| Concepto del pago corresponde a: | | | |
| TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. | | | |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--|---|--------------------|-------|--|----|
| Nº del contrato: | 7407265/2025 | Nº Compromiso SIIF | 21625 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR EN MODALIDAD PRESENCIAL DE 160 HORAS AL MES O PROPORCIONAL A SU EJECUCIÓN, ASIGNADA PARA EL CAFEC EN SU AREA DE INFLUENCIA PARA LA RED DE CONOCIMIENTO AMBIENTAL , RAD. 85-9-2025-000456 | | | | |

DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|-------------------|-----------------|----|------------|------------------------------|---------------|
| Del | 01/11/2025 | Al | 30/11/2025 | Saldo Anterior del Contrato: | \$ 9.423.089 |
| Número de pago | 10 | | | Valor Total del Contrato: | \$ 54.227.210 |
| Valor Bruto Pago: | \$ 5.333.824,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: | \$ 4.089.265 |

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--|---------------------|---------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios | \$ 5.333.824 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | \$ 0 | Retención 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 RETENCIÓN EN LA FUENTE | \$ 3.527.424 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | \$ 0 |

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

| | Noviembre | Octubre | Base retención en la fuente a título de RENTA | | |
|--|---------------|--------------|---|-----------------------|--------|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | ----- | 4632208908 | Base retención en la fuente a título de ICA | 3.527.424,00 | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 2.133.530 | \$ 2.133.530 | Base retención en la fuente a título de ICA | 5.333.824,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | \$ 266.700 | \$ 266.700 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | \$ 341.400 | \$ 341.400 | 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 | \$ 22.300 | \$ 22.300 | Menos Retención IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | \$ - | Reteica - 8299 - YOPAL | 53.338,00 | 1,000% |
| 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 | \$ - | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| 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 | \$ - | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | \$ 796.784 | \$ - | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | \$ 36.062.775 | \$ 1.176.000 | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | \$ 9.868.000 | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | \$ - | \$ - | VALOR A PAGAR | \$5.280.486,00 | |

SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó proceso de formación profesional integral en el Técnico "Promotoría en Manejo Ambiental ficha 3166152 y Curso complementari en Manejo de residuos sólidos ficha 3373980, municipio de Aguazul Casanare.

COMPETENCIA: SEGUIMIENTO AL DESEMPEÑO AMBIENTAL DE ORGANIZACIONES Y PROYECTOS.

RA: Verificar el desempeño ambiental de acuerdo con normativa y necesidades de la organización.

COMPETENCIA: RECOLECTAR LOS RESIDUOS SÓLIDOS POTENCIALMENTE RECLABLES DE ACUERDO A PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS Y NORMATIVIDAD VIGENT

RAP: Clasificar los residuos sólidos según sus características. _ Recolectar, trasportar y almacenar los residuos sólidos.

Se presento planilla de pago de seguridad social número 4632208908, correspondiente al mes de octubre del 2025. Decreto Ley 2106 de 2019 – Decreto Ley Anti trámites.

Horas ejecutadas en el mes noviembre 206, Horas a cobrar en el mes 160.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli 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

ALFONSO PEREZ GAITAN
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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,

MONICA LUCIA MANCIPE RIVERA
INSTRUCTOR G11

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|----------------------|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|-------------------|---------------------------|------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 17548124 | NÚMERO PLANILLA: | 4632208908 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | YOPAL | DEPARTAMENTO: | ALFONSO PEREZ GAITAN | PERIODO COTIZACIÓN OTROS: | MES | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CRA 18-16-68 | TELÉFONO: | CASANARE | DÍAS DE MORA: | octubre AÑO 2025 | 16 | octubre AÑO 2025 |
| DIRECCIÓN: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | 3000000 | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/11/26 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994820138 |
| TIPO APORTANTE: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | I-INDEPENDIENTE | | | | |
| TIPO EMPRESA: | ÚNICO | | Actividades de apoyo a la educación. | | | | |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | | | | | | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO | | | | |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|-------------------|-----------------|-------------|-------------------|--|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO | |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | \$ 341.400 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 3.500 | \$ 0 | \$ 341.400 | \$ 3.500 | \$ 0 | \$ 344.900 | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 341.400 | \$ 3.500 | \$ 0 | \$ 344.900 | |

| 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 |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | \$ 0 | | | \$ 0 | \$ 266.700 | \$ 0 | \$ 2.700 | \$ 0 | \$ 266.700 | \$ 2.700 | \$ 0 | \$ 269.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 266.700 | \$ 2.700 | \$ 0 | \$ 269.400 | | |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|----------------|---------------------|-------|----------------------|----------|-------------|------------|-----------|------------------|---------------|--------------|------------------|------|-----------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | 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 | \$ 22.300 | \$ 22.300 | \$ 300 | \$ 0 | \$ 22.300 | \$ 300 | \$ 0 | \$ 22.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 22.300 | \$ 300 | \$ 0 | \$ 22.600 | | |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|----------------------|--|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------------|----------|------------------|------------|--------------|-------------|-----------|----------|---------------------------|---------------------|-------|-----------|------------|------------|-------------|---|--------------|-----------|-------------|-----------|--------|----------|------|-------------------|--------------|----------|------|
| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | SALUD | | | | ARP | | | | CCF | | | | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | 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 |
| 1 | CC 17548124 | PEREZ GAITAN ALFONSO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | \$ 2.133.530 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | 2.133.530 | \$ 341.400 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | Normal | \$ 341.400 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | 2.133.530 | \$ 266.700 | \$ 0 | \$ 266.700 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | 2.133.530 | \$ 17548124 | \$ 22.300 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 |

TOTAL PAGADO: \$ 636.900