



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	27189-673909

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CARLOS ALBERTO COLON SUAREZ	Banco a consignar:	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	86.045.567	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	carlos.colon@sena.edu.co	Número de Cuenta:	981242134
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?			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:	7396259/2025	Nº Compromiso SIIF	22025	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 GESTION , 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:	\$ 55.827.358
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	\$ 3.136.142	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	-----	7992213250	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.136.142,00	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	\$ 11.200	\$ 11.200	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Retencia - 8211 - PAZ DE ARIPORO	32.003,00	0,600%
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	\$ 533.382		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 1.045.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 9.092.000			0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$5.301.821,00	

SON: CINCO MILLONES TRESCIENTOS UN MIL OCHOCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atendí formación titulada asistencia administrativa; competencia a 210601024 elaboración de documentos ficha 3278512: 102 horas.
Apoyo a aperndices en horario extra clase ficha: 3278512; 28 horas
Horas trabajadas para el mes de Noviembre 130 horas mas 30 horas del mes de octubre para un total de 160 horas

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


CARLOS ALBERTO COLON SUAREZ
 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 periodo 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,
CARLOS AUGUSTO PINTO HERNANDEZ
 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
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:	86045567	NÚMERO PLANILLA:	7992213250	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	MZ 81 CS 03 CIUADAELA LA BENDICIÓN	TELÉFONO:	3133947	DÍAS DE MORA:	12	AÑO:	2025
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1968574711
TIPO APORTANTE:	PRIVADA ÚNICO	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros tipos de educación n.c.p.				
TIPO EMPRESA:							
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):							

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	\$ 2.600	\$ 0	\$ 341.400	\$ 2.600	\$ 0	\$ 344.000
SUBTOTALES:										\$ 341.400	\$ 2.600	\$ 0	\$ 344.000

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	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 266.700	\$ 0	\$ 2.100	\$ 0	\$ 266.700	\$ 2.100	\$ 0	\$ 268.800
SUBTOTALES:										\$ 266.700	\$ 2.100	\$ 0	\$ 268.800		

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	\$ 0	\$ 11.200	\$ 11.200	\$ 100	\$ 0	\$ 0	\$ 11.300	
SUBTOTALES:										\$ 11.200	\$ 100	\$ 0	\$ 11.300

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	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SEN	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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 86045567	COLON SUAREZ CARLOS ALBERTO	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	\$ 86045567	\$ 11.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			

TOTAL PAGADO: \$ 624.100



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 30 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:

NUIP - NIP	1029666371	NAZLY KRISTYNA COLÓN CRUZ	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: CARLOS ALBERTO COLON SUAREZ

C.C. 86045567



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.029.666.371 REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 51811649

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código A F B
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE YOPAL-C CASANARE - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL.....

Datos del inscrito
Primer Apellido COLON Segundo Apellido CRUZ
Nombre(s) NAZLY KRISTYNA
Fecha de nacimiento Año 2011 Mes JUN Día 20 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CASANARE YOPAL.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO..... Número certificado de nacido vivo 10525962-7.....

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos CRUZ MEDINA LUCY CRISTINA
Documento de Identificación (Clase y número) CC 23.726.603 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos COLON SUAREZ CARLOS ALBERTO
Documento de Identificación (Clase y número) CC 86.045.567 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos COLON SUAREZ CARLOS ALBERTO
Documento de Identificación (Clase y número) CC 86.045.567
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 2011 Mes JUN Día 21
Nombre y firma del funcionario que autoriza
ELVIA ISABEL OTERO OJEDA - REGISTRADORA ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL
Nombre y firma

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

ES FIEL FOTOCOPIA AUTÉNTICA PARA NOTAS
TOMADA DEL ORIGINAL DEL REGISTRO
2-8 JUN. 2011
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL REGISTRADORA ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil 7437666-1

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO