



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 CUNDINAMARCA

CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	25
Código Centro	923210
Fecha Elaboración	Diciembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	81762-681613

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	JHON ALEXANDER CASTILLO LEON	Banco a consignar:	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	79.805.062	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	jacastillo@sena.edu.co	Número de Cuenta:	083227454
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?			
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:	7388062/2025	Nº Compromiso SIIF	8825	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL Y CON PLENA AUTONOMÍA COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN TITULADA CON EL PROPÓSITO DE ATENDER LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN REGULAR PARA LOS PROGRAMAS OFERTADOS POR EL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA DE ACUERDO				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/12/2025	Al	19/12/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 2.913.024
Número de pago	11			Valor Total del Contrato:	\$ 48.294.866
Valor Bruto Pago:	\$ 2.913.024,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 0

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 2.913.024	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 2.913.024</b>	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 1.656.422</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Diciembre	Noviembre			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	35652233 - 3565	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.656.422,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 1.839.804	Base retención en la fuente a título de ICA	2.507.224,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 230.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 294.400	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	\$ 7.500	\$ 9.700	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	Reteica - 8299 - SOACHA	15.043,00	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	\$ 291.302	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 36.062.775	\$ 552.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 8.890.000	-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$2.897.981,00</b>	

**SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE**

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Impartir formación: 3185812 - ANIMACION DIGITAL Animar elementos de la escena según técnicas y especificaciones del proyecto	Horas: 12
Impartir formación: 2977185 - ANIMACION DIGITAL Animar elementos de la escena según técnicas y especificaciones del proyecto	Horas: 15
Impartir formación: 3336267 - ANIMACION DIGITAL Animar elementos de la escena según técnicas y especificaciones del proyecto	Horas: 35
Impartir formación: 2977184 - ANIMACION DIGITAL Animar elementos de la escena según técnicas y especificaciones del proyecto	Horas: 15
Impartir formación: 2977184 - ANIMACION DIGITAL Animar elementos de la escena según técnicas y especificaciones del proyecto	Horas: 15
Impartir formación: 3186069 - DESARROLLO PUBLICITARIO Construir el brief según metodologías de diagnóstico organizacional	Horas: 12
<b>Totao Horas:</b>	<b>89, 90</b>

**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

**JHON ALEXANDER CASTILLO LEON**  
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,

**ALBA CONSUELO CASAS FONSECA**  
INSTRUCTOR G08

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**  
**ARGEMIRO CELIS CASTRO**  
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

DATOS GENERALES																																
TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR																
CC	79805062	CASTILLO LEON JHON ALEXANDER				SUCURSAL	2020	01	2025-11	2025-11	35652233		PRIVADA	I	14-23	86																
DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO		ACTIVIDAD ECONÓMICA		VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO																	
DG 58 SUR 29 38 INT 13 AP 302		BOGOTA	1	BOGOTA D.C	11	2043257	3023746493	HCPUBLICIDAD_CO@YAHOO.COM		8299		1840000	1		2025-12-15																	
TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA																																
CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS														
EPS005	800251440	230000	0	0	0	0	0	230000	0	0	0	230000	0	0	0	0	230000	1														
TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A ICBF Y SENA																			
CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS	CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS	ICBF														
25-14	900336004	294400	0	0	0	0	0	0	294400	1	CCF21	860013570	36800	0	0	36800	1	<table border="1"> <thead> <tr> <th>VALOR</th> <th>DÍAS MORA</th> <th>INTERESES</th> <th>TOTAL PAGAR</th> <th>NÚM AFILIADOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>					VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS	0	0	0	0	0
VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS																												
0	0	0	0	0																												
TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES														SENA																		
CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR	VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS														
14-23	860011153	9700	0	0	0	9700	0	0	9700	0	0	0	9700	0	0	0	0	0														
TOTAL APORTES A ESAP																																
VALOR		DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL A PAGAR																										
0		0		0		0																										
TOTAL APORTES A MINISTERIO																																
VALOR		DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL A PAGAR																										
0		0		0		0																										
NÚMERO ADMINISTRADORAS																																
PENSIONES																	1															
SALUD																	1															
RIESGOS LABORALES																	1															
CAJAS COMPENSACIÓN																	1															
TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA																																
PENSIONES																	294400															
SALUD																	230000															
RIESGOS LABORALES																	9700															
CAJAS COMPENSACIÓN																	36800															
SENA																	0															
ICBF																	0															
ESAP																	0															
MINISTERIO																	0															
GRAN TOTAL																	570900															

PAGADO

DATOS GENERALES																						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL				TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR						
CC	79805062	CASTILLO LEON JHON ALEXANDER				SUCURSAL	2020	01	2025-12	2025-12	35652281		PRIVADA	I	14-23	86						
DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO		ACTIVIDAD ECONÓMICA		VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO							
DG 58 SUR 29 38 INT 13 AP 302		BOGOTA	1	BOGOTA D.C	11	2043257	3023746493	HCPUBLICIDAD_CO@YAHOO.COM		8299		1423500	1		2026-01-16							
TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA																						
CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS				
EPS005	800251440	178000	0	0	0	0	0	178000	0	0	0	178000	0	0	0	0	178000	1				
TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA		TOTAL APORTES A ICBF Y SENA									
CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS	CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS	ICBF		SENA		
25-14	900336004	227800	0	0	0	0	0	0	227800	1	CCF21	860013570	28500	0	0	28500	1	0	0	0	0	0
TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES														NÚMERO ADMINISTRADORAS								
CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR	PENSIONES								
14-23	860011153	7500	0	0	0	7500	0	0	7500	0	0	0	7500	1								
TOTAL APORTES A ESAP														TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA								
VALOR		DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL A PAGAR		PENSIONES		227800		SALUD		178000								
0		0		0		0		CAJAS COMPENSACIÓN		7500		ESAP		0								
								TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA		28500		MINISTERIO		0								
								TOTAL A PAGAR		441800		GRAN TOTAL		441800								
TOTAL APORTES A MINISTERIO																						
VALOR		DÍAS MORA		INTERESES		TOTAL A PAGAR																
0		0		0		0																

PAGADO

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, febrero 24 de 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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:

<b>T.I.</b>	<b>1028488829</b>	<b>JUAN DAVID CASTILLO LEMUS</b>	<b>HIJO</b>
-------------	-------------------	----------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

Elija un elemento.

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: JHON ALEXANDER CASTILLO LEÓN

C.C. 79805062

