

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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		Marzo de 2026	
			Versión		ENERO - 1,26	
			ID de Proceso		47258-894986	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: JULIO ARMANDO VILLAMIZAR CARDONA			Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL	
Cédula de Ciudadanía 13.567.254			Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico: javillamizarc@misena.edu.co			Número de Cuenta:		24080676649	
IP/N° de contacto: 3163071516			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 2025		SI	
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?					NO	
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600					NO	
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a \$209.496.000 (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						
N° del contrato: 8943078/2026		N° Compromiso SIIF 9926		Número de pagos durante la vigencia del contrato		11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: CONTRATAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR MODALIDAD PRESENCIAL, POR 160 HORAS MENSUALES O PROPORCIONAL A HORAS EFECTIVAMENTE EJECUTADAS, PARA IMPARTIR FPI CONFORME A PROGRAMACIÓN ACADÉMICA, RAD. 85-9-2026-000311				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/03/2026	Al	31/03/2026	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 49.627.679
Número de pago	2			Valor Total del Contrato:		\$ 54.938.390
Valor Bruto Pago:	\$ 5.493.839,00			Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 44.133.840
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 5.493.839		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 5.493.839				\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.238.055		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Marzo	Febrero	Base retención en la fuente a titulo de RENTA		3.238.055,00
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	4647163986	Base retención en la fuente a titulo de ICA		5.493.839,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.197.536	\$ 2.124.284	Valor base IVA		0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 274.700	\$ 265.600	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 351.700	\$ 339.900	Menos Retención en la Fuente		0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA		0,00
ARL V		\$ -	\$ 0	Reteica - 8299 - YOPAL		54.938,00
		\$ -				0,00
		\$ -				0,00
		\$ -				0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Otras Retenciones		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones		0,00
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones		0,00
Dependientes hasta		\$ 549.384		Otras Retenciones		0,00
Salud hasta		\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones		0,00
Renta Exenta 25%		\$ 37.927.505	\$ 1.080.000			0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 1.044.000		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		VALOR A PAGAR		\$5.438.901,00
SON: CINCO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS UN PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Fichas 3023368 GESTION DE FACILIDADES PARA PRODUCCION DE HIDROCARBURO						
60 horas de ejecución de la formación competencia Supervisar procesos de producción de acuerdo con procedimientos técnicos						
RA3: Asegurar la ejecución de actividades de producción de hidrocarburos de acuerdo con procedimientos operacionales.						
Fichas 3023382 GESTION DE FACILIDADES PARA PRODUCCION DE HIDROCARBUROS						
72 horas de ejecución de la formación competencia Supervisar procesos de producción de acuerdo con procedimientos técnicos						
RA3: Asegurar la ejecución de actividades de producción de hidrocarburos de acuerdo con procedimientos operacionales.						
28 hors Elaboracion de proyecto formativo Gestión de facilidades para producción de hidrocarburos. Codigo del Proyecto: 3480643						
Total horas ejecutadas 160 horas						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				<div></div> <div>JULIO ARMANDO VILLAMIZAR CARDONA EL CONTRATISTA</div>		
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						
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				Autorizo el presente pago.		
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.				El Supervisor,		
				<div></div> <div>RAQUEL SUAREZ BENITEZ INSTRUCTOR G17</div>		
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						

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 339.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 0	\$ 339.900	\$ 300	\$ 340.200
SUBTOTALES:										\$ 339.900	\$ 300	\$ 340.200

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	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 265.600	\$ 0	\$ 200	\$ 0	\$ 265.600	\$ 200	\$ 0	\$ 265.800
SUBTOTALES:									\$ 265.600				\$ 265.600	\$ 200	\$ 0	\$ 265.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	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	\$ 11.100	\$ 11.100	\$ 100	\$ 0	\$ 11.200
SUBTOTALES:									\$ 11.100	\$ 100	\$ 0	\$ 11.200

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	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	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
1	CC 13567254	VILLAMIZAR CARDONA JULIO ARMANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO DE SERVICIOS		\$ 2.124.300				NO																		230301-PORVENIR	30	\$ 2.124.300	\$ 339.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 339.900	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 2.124.300	\$ 265.600	\$ 0	\$ 265.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	\$ 2.124.300	\$ 13567254	\$ 11.100	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO:	\$ 617.200
----------------------	-------------------



PROCESO			
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS			
NOMBRE DEL FORMATO			
FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS			
CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN			
Pública	☒	Pública Clasificada ☐	Pública Reservada ☐

Junio 2025

Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol



INSTRUCCIONES

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de marzo de 2015

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	1029657994	Karla Zaharick Villamizar Bohorquez	HIJO
-------------------	-------------------	--	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

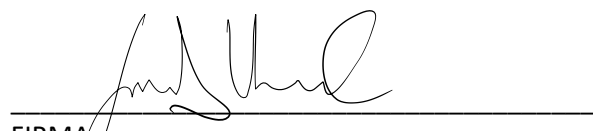
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: Julio Armando Villamizar Cardona
C.C. 13567254

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.029.657.994

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51500649

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A F A

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

REGISTRADURIA DE YOPAL-H LA YOPAL - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL

Datos del inscrito

Primer Apellido

VILLAMIZAR

Segundo Apellido

BOHORQUEZ

Nombre(s)

KARLA ZAHARICK

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2011

Mes

OCT

Día

09

FEMENINO

A

POSITIVO

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

COLOMBIA CASANARE YOPAL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

10811602-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BOHORQUEZ EGLA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 33.481.397

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VILLAMIZAR CARDONA JULIO ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 13.567.254

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VILLAMIZAR CARDONA JULIO ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 13.567.254

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

OCT

Día

10

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JUAN CARLOS POLANIA ALENCAR - REG

Nombre y firma