



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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	920910
Fecha Elaboración	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	19549-970554

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	CESAR AUGUSTO NIÑO AREVALO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	80.578.942	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	caninoa@sena.edu.co	Número de Cuenta:	38320765703
IP/Nº de contacto:	3108067989	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	NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a \$69.718.600			
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)			
¿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:	9144171/2026	Nº Compromiso SIIF	11826	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES AUTÓNOMOS E INDEPENDIENTES PARA APOYAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL AREA DE CONSTRUCCIÓN EN EL MARCO DE LOS PROYECTOS DE POBLACIÓN VULNERABLE				

**DATOS PERIODO DEL PAGO**

Del	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 28.424.982
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 47.059.137
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 23.687.485

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

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.497</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 3.140.497</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Junio	Mayo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	1082040485	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 236.900	\$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 303.200	\$ 303.200	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	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención IVA	0,00	15%
			Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
				0,00	0%
				0,00	0%
				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	\$ 837.984	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 34.479.550	\$ 1.047.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 4.120.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.696.950,00</b>	

**SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE**

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

3513600 - SERVICIO AL CLIENTE
3524695 - ORIENTACION DEL PROYECTO DE VIDA CON EL USO DE ESTRATEGIAS INSPIRADORAS
3497293 - SERVICIO AL CLIENTE
3507523 - SERVICIO AL CLIENTE
3525403 - ORIENTACION DEL PROYECTO DE VIDA CON EL USO DE ESTRATEGIAS INSPIRADORAS
3496953 - SERVICIO AL CLIENTE
Participación en reunión de coordinación académica
Gestión en consolidación de cursos

**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

**CESAR AUGUSTO NIÑO AREVALO**  
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,

**LEONARDO ENRIQUE ESGUERRA HOYOS**  
INSTRUCTOR G20

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

**IRMA VICTORIA DEL PILAR HOYOS RODRIGUEZ**  
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-09, 09:59:14 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1082040485

Periodo Cotización: mayo de 2026

Periodo Servicio: mayo de 2026

Referencia pago (PIN): 8824127426

## PAGADO 09/06/2026

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	CESAR AUGUSTO NIÑO AREVALO		
<b>Documento</b>	CC80578942	<b>Dirección</b>	CL 6B ESTE #17 - 23 BARRIO LA HUERTA
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Teléfono</b>	3108067989
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Ciudad</b>	MADRID	<b>Departamento</b>	CUNDINAMARCA
<b>Representante Legal</b>		<b>Identificación</b>	
<b>Total Afiliados</b>	1	<b>ARP</b>	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	ICE	LMA	VAC	AVP	OT	Días AFP	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 80578942	CESAR AUGUSTO NIÑO AREVALO	59	00																	0	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 1,895,000	\$ 303,200	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1,895,000	\$ 236,900	2,436	\$ 1,895,000	\$ 46,200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 586,300

### 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
\$ 1,895,000	\$ 1,895,000	\$ 1,895,000	\$ 0	\$ 303,200	\$ 236,900	\$ 46,200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 586,300	\$ 0	\$ 586,300



## FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 15 junio de 2026

Señores  
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

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.	1011260717	JOEL VALENTIN NIÑO FORERO	PADRE
------	------------	---------------------------	-------

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,

---

CESAR AUGUSTO NIÑO AREVALO  
C.C. 80578942



**REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**  
**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial

61868767

**NUIP** 1011260717

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código A 1 H

**Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía**  
 COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 50 BOGOTA DC \* \* \* \* \*

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: NIÑO \* \* \* \* \* Segundo Apellido: FORERO \* \* \* \* \*  
 Nombre(s): JOEL VALENTIN \* \* \* \* \*  
 Fecha de nacimiento: Año 2 0 2 1 Mes J U L Día 0 3 Sexo (en letras): MASCULINO Grupo sanguíneo: O Factor RH: NEGATIVO  
 Lugar de nacimiento (Pais - 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: 165922315 \* \* \* \*

**Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)**  
 Apellidos y nombres completos

FORERO RIOS IVON MARITZA \* \* \* \* \*  
 Documento de identificación (Clase y número): CC No. 35353670 \* \* \* \* \*  
 Nacionalidad: COLOMBIA \* \* \* \* \*

**Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)**  
 Apellidos y nombres completos

NIÑO AREVALO CESAR AUGUSTO \* \* \* \* \*  
 Documento de identificación (Clase y número): CC No. 80578942 \* \* \* \* \*  
 Nacionalidad: COLOMBIA \* \* \* \* \*

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: NIÑO AREVALO CESAR AUGUSTO \* \* \* \* \*  
 Documento de identificación (Clase y número): CC No. 80578942 \* \* \* \* \*  
 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 2 0 2 1 Mes J U L Día 0 6  
 Nombre y firma del funcionario que autoriza: LUZ AMANDA GARAVITO RODRIGUEZ  
 Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

