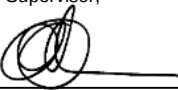


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL CUNDINAMARCA CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		25		
			Código Centro		951310		
			Fecha Elaboración		Julio de 2026		
			Versión		ENERO - 1,26		
			ID de Proceso		79683-129536		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:		FREDY ALEXANDER MOSCOSO BRAVO		Banco a consignar:		ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía		80.152.523		Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico:		fredyalex1980@hotmail.com		Número de Cuenta:		006057403	
IP/Nº de contacto:		13217		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 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							
Nº del contrato:		9026187/2026		Nº Compromiso SIIF		16226	
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11	
OBJETO CONTRACTUAL:		INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL CONTRIBUYENDO CON SU GESTIÓN EN LA ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL DE LOS SERVICIOS DIRIGIDOS A LAS POBLACIONES CAMPESINAS					
(Descripción del servicio prestado)							
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del		01/07/2026		Al		31/07/2026	
Número de pago		6		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 25.582.484	
Valor Bruto Pago:		\$ 4.737.497,00		Valor Total del Contrato:		\$ 48.796.219	
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 20.844.987	
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		\$ 806.100		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 5.543.597				\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.322.337		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Julio		Junio		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		92882206		Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.894.999		\$ 1.894.999		Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 236.900		\$ 236.900		IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 303.200		\$ 303.200		Menos Retención en la Fuente	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	
ARL II		\$ 19.800		\$ 19.800		Reteica - 8299 - CHIA	
		\$ -				0,00 0%	
		\$ -				0,00 0%	
		\$ -				0,00 0%	
		\$ -				0,00 0%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				Otras Retenciones	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Otras Retenciones	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones	
Dependientes hasta		\$ 554.360				Otras Retenciones	
Salud hasta		\$ 837.984		\$ -		0,00 0,000%	
Renta Exenta 25%		\$ 37.927.505		\$ 1.107.000		0,00 0,000%	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 5.242.000				0,00 0,000%	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)	
						VALOR A PAGAR	
						\$ 4.697.469,00	
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS MICTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
SE REALIZA VISITA A CUCUNUBA PARA OFERTAR LOS PROGRAMAS DE CAMPESENA							
SE RECEPCIONAN DOCUMENTOS DE APRENDICES REQUERIDOS PARA TRAMITAR MATRICULA							
SE ENVIA PARA PROCESO CORREO CON ARCHIVOS REQUERIDOS PARA MATRICULA DE CURSOS							
SE IMPARTE FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL DEL PROGRAMA CAMPESENA FICHAS 3504531- 3501475-3512965-3514515-3540026-3541402.							
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:							
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							
						FREDY ALEXANDER MOSCOSO BRAVO EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:						Autorizo el presente pago.	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;						El Supervisor,	
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.						EDUARDO BUENAVENTURA CIFUENTES AREVALO 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							
GERMAN RAIMUNDO ROBAYO CRUZ							
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)							

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80152523	FREDY ALEXANDER MOSCOSO BRAVO	carrera 72L 40C-24 sur	3114639574	fredyalex1980@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92882206	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$594.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	250.000	0		0		0	7	1.300	0	251.300	1

TOTALES PENSIÓN					Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
230301	Porvenir	800224808-8	320.000		0	0	0	0	7	1.700	0	321.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	20.900					20.900	7	200	21.100			209	21.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	250.000	251.300
Pensión	1	320.000	321.700
Riesgos Laborales	1	20.900	21.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	590.900	594.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80152523	FREDY ALEXANDER MOSCOSO BRAVO	carrera 72L 40C-24 sur	3114639574	fredyalex1980@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92882206	14/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$0	\$594.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Económico	INS	RET	TDE	TAE	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC 80152523	MOSCOSO BRAVO FREDY ALEXANDER	59	0		N																	230301	2.000.000	30	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	30	250.000	14-23	2.000.000	30	2	20.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

CHIA, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
CHIA

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:

TI	1027284417	EMANUEL JOSUE MOSCOSO PARRA	Hijo(a)
----	------------	-----------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

FREDY ALEXANDER MOSCOSO BRAVO
C.C. 80152523

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP

1027284417

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo

Serial 50370132

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☒

Número

34

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

A9E

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido

MOSCOSO

Segundo Apellido

PARRA

Nombre(s)

EMANUEL JOSUE

Fecha de nacimiento

Año

2010

Mes

SEP

Día

07

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D. C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

10404545-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PARRA SANCHEZ CLARA EMILCE

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 52459352 BOGOTÁ

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MOSCOSO BRAVO FREDY ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 80152523 BOGOTÁ

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del defensor

Apellidos y nombres completos

MOSCOSO BRAVO FREDY ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 80152523 BOGOTÁ

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

2010

Mes

SEP

Día

10

Nombre y firma del funcionario que autoriza

BLANCA HELENA BARRAGAN ROLDAN

Nombre y firma

Reconocimiento interno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO