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 PUTUMAYO

CENTRO AGORFORESTAL Y A-PUTUMAYO

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

Código Regional	**86**
Código Centro	**951810**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**65890-116200**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	WILLIAN FAVIAN GONZALEZ ORTEGON	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	80.724.239	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	william.gonzalez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	20778547969
IP/Nº de contacto:	3125775943	**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 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (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:	271/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**23524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL, ASÍ COMO REALIZAR SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA DE REQUERIRSE. LO ANTERIOR DE ACUERDO AL PROCESO DE GESTI

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024 Al 31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 31.933.898
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 36.249.290
Valor Bruto Pago:	**$ 5.178.470,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 26.755.428

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.178.470	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.178.470**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.044.223**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9464482514**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.071.388	$ 1.726.157
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 259.000	$ 215.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 331.500	$ 276.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 10.900	$ 9.100
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 517.847	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 24.787.566	$ 1.015.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 845.688		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.044.223,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.587.970,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - MOCOA	45.880,00	1,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$5.132.590,00**	

SON: CINCO MILLONES CIENTO TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Municipio de Villagarzon - Instructor de Formacion regular, Especialidad: Sistemas

1. Impartir FPI Presencial Titulada; Ficha:2620164; Competencia 210601012 Rap 3,4 Horas 48.

2. Imparti FPI Presencial Titulada; Ficha:2877204; Competencia 210602021 Rap 1,2 60 Horas

3. Imparti FPI Presencial Complementaria; Ficha:2919807;Competencias 41311552 LAS TECNOLOGÍAS WAN, Rap 4, Horas 16.

4. Ejecución de actividades en la segunda oferta educativa 2024, "Técnico dibujo digital de arquitectura e ingeniería ficha: 2927459 municipio de Mocoa (p). horas 20.

5. Acopañamiento y participación a la Séptima Feria Nacional del Chontaduro Villagarzon horas 16.

Total Horas 160.

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

WILLIAN FAVIAN GONZALEZ ORTEGON
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 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

FREIDER ALEJANDRO NARVAEZ HERRERA
INSTRUCTOR G11

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
ADRIAN ROLANDO RIASCOS VALLEJOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

22/03/24 07:07:34 USUARIO: SIC - C.C. 80724239

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80724239		GONZALEZ ORTEGON WILLIAM FAVIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	ca 12 12-23	MOCOA-PUTUMAYO	3125775943	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	524395531	9464482514	I	2024/03/11	2024/03/20	NEQUI	9	$606,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$331,500	$2,600	$0	$334,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$331,500	$2,600	$0	$334,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,900	$100	$0	$11,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,900	$100	$0	$11,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$259,000	$2,000	$0	$261,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$259,000	$2,000	$0	$261,000
TOTAL				1	$601,400	$4,700	$0	$606,100

USUARIO: WILLIAN-GONZALEZ
CONTRASEÑA: Mocoa2023

2024/03/19 08:34 PM

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

MOCOA, 6 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
MOCOA

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	1025543464	Eileen Alanis Gonzalez Bernal	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,

WILLIAN FAVIAN GONZALEZ ORTEGON
C.C. 80724239

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025543464

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43640673

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [57] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** AB 11

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ	BERNAL

Nombre(s)

EILEEN ALANIS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes DIC Día 16	FEMENINO	"A"	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO DR.JULIO CARVAJAL RM.5753	52238639-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BERNAL RINCON LUDY VICTORIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.N.1.033.707.157.BOGOTA.D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ ORTEGON WILLIAN FAVIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.N.80.724.239.BOGOTA.D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ ORTEGON WILLIAN FAVIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.N.80.724.239.BOGOTA.D.C.	80724239

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	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2010 Mes ENE Día 13	RAQUEL SOFIA CIFUENTES MORALES Nombre y firma

IMPRESO POR PANARANJO S.A. NIT: 860.513.744-6

E2704934

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -