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 ATLÁNTICO**

**CENTRO ATENCIÓN SECTOR AGROPECUARIO- ATLÁNTICO**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **8** |
| **Código Centro** | **910310** |
| **Fecha Elaboración** | **Abril de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **23679-706921** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | LUIS GUILLERMO ALVAREZ GARCIA | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 71.759.882 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | lalvarezgar@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 10182408774 |
| **IP/Nº de contacto:** | 42860 | **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?** | SI |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Honorarios profesionales a persona declarante de renta |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 10,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 5985160/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **31724** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | SERVICIOS PERSONALES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL Y COMO APOYO A LA GESTIÓN, CON EL ROL DE DISEÑADOR DE CONTENIDOS DIGITALES, PARA LA ELABORACIÓN, ADECUACIÓN, ADAPTACIÓN Y AJUSTE DE INTERFACES WEB, PIEZAS GRÁFICAS |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/04/2024 Al 30/04/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 37.430.490 |
| **Número de pago** | **3** | **Valor Total del Contrato:** | $ 43.367.500 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.566.597,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 32.863.893 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.566.597 | Honorarios profesionales a persona declarante de re | 10,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 456.659 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 5.937.010 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 10.503.607** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 6.011.346** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 456.659** |

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

| | | Abril | Marzo |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **70152642** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.826.639 | $ 1.826.639 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 228.400 | $ 228.400 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 292.300 | $ 292.300 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 9.600 | $ 9.600 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 500.300 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 390.900 | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 16.400 | |
| 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 | | $ 1.050.361 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 34.082.904 | $ 2.004.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 1.108.927 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 4.566.597,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.045.897,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 456.659,70 | 10,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 0,00 | 1,000% |
| - | 0,00 | 1,000% |
| - | 0,00 | 1,000% |
| - | 0,00 | 1,000% |
| - | 0,00 | 1,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.109.937,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CIENTO NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se envió correos electrónicos a con funcionarios del centro de formación para avanzar y acercarse a los lineamientos técnicos

Se diseñó el entregable "CF11" para el diseño visual de un componente asignado.

Se trabajó en LMS ZAJUNA+TERRITORIO en migración de plataforma.

Se evidenció recursos gráficos para entregable de CF 11.

Fue asignado el componente de formación CF23.

Se trabajó en el diseño para el componente CF02_722103 para el diseño visual y de contenidos digitales.

Se realizan ajustes en diseño visual a CF11

Se participó en reuniones de seguimiento técnico al proceso por parte del centro de formación.

Se dispuso de herramientas de Adobe para la realización de actividades del contrato.

**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



**LUIS GUILLERMO ALVAREZ GARCIA**
**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,

**ROBERT ANDRES LLINAS LASTRA**
**PROFESIONAL G10**

**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**
**MARIA NELLY FLOREZ RODRIGUEZ**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**



## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | Enlace Operativo |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2024-04-11, 09:05:22 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | marzo de 2024 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | marzo de 2024 |
| **Empresa** | LUIS GUILLERMO ALVAREZ GARCIA |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 71759882 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8909644802 / 70152642 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 741166 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 530.300 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 292.300 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 1 | $ 228.400 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG | 1 | $ 9.600 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 530.300 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 530.300 |

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Bogotá, 08 de marzo de 2024

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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **C.C.** | **42980106** | **MARIA AMPARO GARCÍA DURAN** | **MADRE** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: LUIS GUILLERMO ALVAREZ GARCÍA

C.C. 71.759.882 DE MEDELLIN

**GLADYS JANETH GARCIA DURÁN**
**CONTADORA PÚBLICA**
**UNIVERSIDAD DE MEDELLIN**

**LA SUSCRITA CONTADORA PÚBLICA**

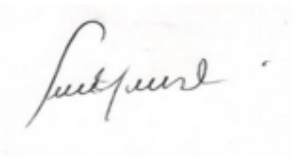
**CERTIFICA**

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 5 del parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, la señora **María Amparo García Durán**, identificada con la cédula de ciudadanía No. 42.980.106, residente en la ciudad de Medellín, es la madre del Señor **LUIS GUILLERMO ALVAREZ GARCIA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 71.759.882 de Medellín.

Que en la actualidad dicha señora no obtiene ingresos propios, por lo cual cumple los criterios para que pueda figurar como dependiente del señor Luis Guillermo Álvarez Garcia.

La presente certificación se expide para que sea presentada por dicho señor ante la dependencia que lo requiera.

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Medellín, a los ocho (08) días del mes de marzo de 2024.



**GLADYS JANETH GARCIA DURÁN**
C.C. 43.504.915
T.P. 60786-T
CEL 3117474146

**Janeth-09.22 @hotmail.com**



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

66786-T

GLADYS JANETH
GARCIA DURAN
C.C. 43504915
RESOLUCION INSCRIPCION 98
UNIVERSIDAD DE MEDELLIN

FECHA 28/08/98

Presidente

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

017781

43504915



FECHA DE NACIMIENTO 30-AGO-1955

PALESTINA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

25-OCT-1977 MEDELLIN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0100150-00130230-F-0042980106-20081120 0006524056A 1 2040034127

Escaneado con CamScanner

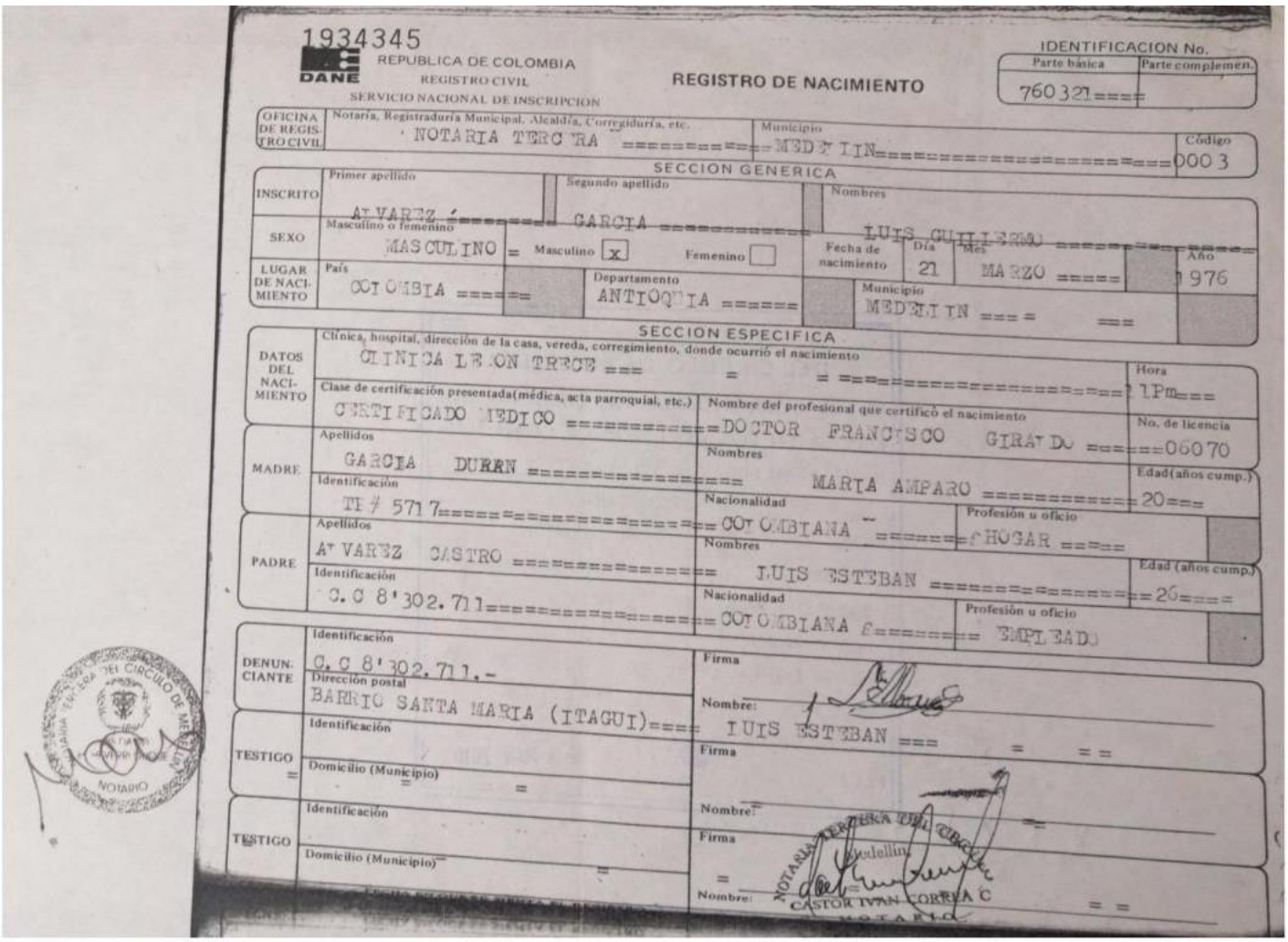


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 42.980.106
GARCIA DURAN
APELLIDOS
MARIA AMPARO
NOMBRES

FIRMA

Escaneado con CamScanner



1934345

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL
SERVICIO NACIONAL DE INSCRIPCION

DANE

# REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.
Parte básica: 760321 ==== | Parte complemen.:

OFICINA DE REGIS. TRO CIVIL: Notaría, Registraduría Municipal, Alcaldía, Corregiduría, etc.: NOTARIA TERCERA ========== Municipio: MEDELLIN ========== Código: 0003

## SECCION GENERICA

INSCRITO — Primer apellido: ALVAREZ ========= Segundo apellido: GARCIA ========== Nombres: LUIS GUILLERMO ==========

SEXO — Masculino o femenino: MASCULINO = Masculino [x] Femenino [ ]

LUGAR DE NACIMIENTO — País: COLOMBIA ====== Departamento: ANTIOQUIA ====== Municipio: MEDELLIN ==== Fecha de nacimiento: Día 21 Mes MARZO ===== Año 1976

## SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO — Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, donde ocurrió el nacimiento: CLINICA LEON XIII ========== Hora: 1Pm ====

Clase de certificación presentada (médica, acta parroquial, etc.): CERTIFICADO MEDICO ========== Nombre del profesional que certificó el nacimiento: DOCTOR FRANCISCO GIRALDO ========== No. de licencia: 06070

MADRE — Apellidos: GARCIA DURAN ========== Nombres: MARIA AMPARO ========== Edad (años cump.): 20 ====
Identificación: TI # 5717 ========== Nacionalidad: COLOMBIANA ========== Profesión u oficio: HOGAR ====

PADRE — Apellidos: ALVAREZ CASTRO ========== Nombres: LUIS ESTEBAN ========== Edad (años cump.): 26 ====
Identificación: C. C 8'302.711 ========== Nacionalidad: COLOMBIANA ========== Profesión u oficio: EMPLEADO

DENUNCIANTE — Identificación: C. C 8'302.711.- Dirección postal: BARRIO SANTA MARIA (ITAGUI) ==== Firma: Nombre: LUIS ESTEBAN ====

TESTIGO — Identificación: Domicilio (Municipio): Firma: Nombre:

TESTIGO — Identificación: Domicilio (Municipio): Firma: Nombre:

NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE MEDELLIN
CASTOR IVAN CORREA C
NOTARIO

NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE MEDELLIN
NOTARIO