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 SANTANDER**

**CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **954110** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **70488-127653** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | RAUL NIÑO BUENO | **Banco a consignar:** | BANCO POPULAR |
| **Cédula de Ciudadanía** | 91.451.975 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | rnino@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 230520004003 |
| **IP/Nº de contacto:** | 13217 | **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?** | SI |
| **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:** | 5976435/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **38724** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor para el programa Fic, para orientar la formación profesional integral: titulada y/o complementaria programada en el Centro Agroturistico en la red de conocimiento red de conocimiento de Energia Electrica en el area tematica Uso Final |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/05/2024** | **Al** | **31/05/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 33.342.736 |
| **Número de pago** | **4** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 43.762.341 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 28.877.191 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.545 | 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** | **$ 4.465.545** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.846.690** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Mayo | Abril |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **29942402** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.786.218 | $ 1.786.218 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 223.300 | $ 223.300 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 0 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | IV | $ - | $ 0 |
| 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 | $ 753.040 | $ 446.555 | |
| Salud hasta | $ 34.082.904 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 2.192.291 | $ 949.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.846.690,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.465.545,00 | |
| 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 - 8551 | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 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% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.465.545,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha: 2897992 Instalación de Sistemas Eléctricos Residenciales y Comerciales, Fechas: 2/05/2024 al 23/05/2024, 65 horas
Ficha: 2897420 Instalación de Sistemas Eléctricos Residenciales y Comerciales, Fechas: 2/05/2024 al 31/05/2024, 72 horas
Ficha: 2668477 Instalación de Sistemas Eléctricos Residenciales y Comerciales, Fechas: 1/05/2024 al 13/05/2024, 27 horas
Ficha: 2711767 Instalación de Sistemas Eléctricos Residenciales y Comerciales, Fechas: 7/05/2024 al 14/05/2024, 10 horas
Ficha: 2504657 Instalación de Sistemas Eléctricos Residenciales y Comerciales, Fechas: 13/05/2024, 4 horas

TOTAL HORAS MAYO: 178

Se anexan planillas 29942402 y 29950888 correspondientes al pago seguridad social mes de abril 2024.

**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

**RAUL NIÑO BUENO**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

**JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ**
**INSTRUCTOR**

**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**
**CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

23/05/24 16:32:45 USUARIO: SIC - C.C. 91451975

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | RAUL NIÑO BUENO |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-91451975 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2024-05-22 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-05-20 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-05-22 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO POPULAR |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-04 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-04 |
| NÚMERO PLANILLA: | 29942402 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 29942402 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MIN002 | 901037916 | MIN002 - ADRES | 1 | $ 1.784.730 | $ 0 | $ 0 | $ 400 | $ 223.100 | $ 223.500 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.784.730 | $ 0 | $ 0 | $ 500 | $ 285.600 | $ 286.100 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 900 | $ 508.700 | $ 509.600 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 20/06/2024 |

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | RAUL NIÑO BUENO |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-91451975 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2024-05-23 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-05-20 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-05-23 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO POPULAR |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-04 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-04 |
| NÚMERO PLANILLA: | 29950888 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 29950888 |
| TIPO DE PLANILLA: | N |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MIN002 | 901037916 | MIN002 - ADRES | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 100 | $ 200 | $ 300 |
| Subtotal Salud | | 1 | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 100 | $ 200 | $ 300 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 100 | $ 200 | $ 300 |
| Subtotal Pensión | | 1 | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 100 | $ 200 | $ 300 |
| | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 200 | $ 400 | $ 600 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 20/06/2024 |

**EL CENTRO INTEGRAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS – CITSE, DE LA CAJA DE SUELDOS DE RETIRO DE LA POLICIA NACIONAL**

**HACE CONSTAR QUE:**

El señor **IJ** (RA) de la Policía Nacional **NIÑO BUENO RAUL** , identificado con **CC 91451975**, ostenta la calidad de retirado de la Policía Nacional y devenga asignación mensual de retiro por cuenta de la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional, de la cual se descuenta el **4%** para servicios médicos, prestados por SANIDAD DE LA POLICIA NACIONAL.

Se expide la presente a solicitud del interesado.

Dada en Bogotá D.C - Colombia, uno de abril de dos mil veinticuatro

LUZ YOLANDA CAMELO
Coordinadora Grupo CITSE (E)

www.casur.gov.co

**EL CENTRO INTEGRAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS – CITSE, DE LA CAJA DE SUELDOS DE RETIRO DE LA POLICIA NACIONAL**

**HACE CONSTAR QUE:**

El señor **IJ** (RA) de la Policía Nacional **NIÑO BUENO RAUL** , identificado con **CC 91451975**, ostenta la calidad de retirado de la citada Institución y devenga asignación mensual de retiro vitalicia por cuenta de la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional.

Se expide la presente a solicitud del interesado.

Dada en Bogotá D.C - Colombia, **uno de abril de dos mil veinticuatro**



LUZ YOLANDA CAMELO
Coordinadora Grupo CITSE (E)

www.casur.gov.co

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

San Gil, 31 de mayo de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
San Gil

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.** | **1005465243** | **JUAN JOSÉ NIÑO GIRALDO** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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,

RAÚL NIÑO BUENO
C.C. 91451975

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP R5H0250970

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 34956109

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

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R5H

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

COLOMBIA SANTANDER SAN GIL

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| NIÑO | GIRALDO |

Nombre(s): JUAN JOSE

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2003 Mes MAY Día 30 | MASCULINO | "O" | POSITIVO |

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

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SAN GIL. COLOMBIA SANTANDER SAN GIL

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | A 4389798 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos: GIRALDO ORTIZ SANDRA MILENA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C 65.768.926 IBAGUE-TOLIMA | COLOMBIANA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos: NIÑO BUENO RAUL

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C 91.451.975 ARATOCA | COLOMBIANA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos: NIÑO BUENO RAUL

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C 91.451.975 ARATOCA | |

*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 |
|---|---|
| M / | |

| *Fecha de inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2003 Mes JUN Día 05 | NUBIA CECILIA REYES GOMEZ (E) RES 189 2003 Nombre y firma |

| *Reconocimiento paterno* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento* |
|---|---|
| Firma | NUBIA CECILIA REYES GOMEZ (E) RES 189 2003 Nombre y firma |

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

banco popular

**COMPROBANTE PARA RECAUDOS EMPRESARIALES No 01934251**

Nro. Cuenta / Obligación / Planilla Asistida — Cuenta Cte ☐ Cuenta Ahorro ☑

2 2 0 5 2 0 1 0 5 8 5 - 9

Ciudad: Sincelejo | Día: 11 | Mes: 01 | Año: 2024

Nombre de Entidad o Convenio Recaudador: Unisangil

Nombre usuario del convenio: Juan José Vergara Nisperuza

Nro. Ident: 1005465243 Teléfono:

Referencias Nit/C.C/Código de convenio/Nro. Factura/Otra

Ref. 1
Ref. 2
Ref. 3
Ref. 4

Diligenciar sólo para pagos de PILA - asistida

NIT/C.C del aportante | Año | Mes

Espacio para sello o Timbre

| Cod. Bco. | Nro. Cta. del Cheque | Valor $ |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

Total Efectivo $ 4,185,570.

FORMA 1-10-3-04097 REV III- 2016

Cuenta: 520-10585-9
No Id Consignante: 1005465243
Doc: 52002
Vr Efect: $4,185,570
VrChqPop: $.00
CantChqs: 0
VrChqCje: $.00
Vr Total: $4,185,570

AH200 DEPOSITO_AHORROS

---

Banco AV Villas | Banco de Bogotá | Banco de Occidente | banco popular

BancoPopular 15/01/24 15:50:39
520 [illegible] 091
Nro Producto: 220
AH200 DEPOSITO_AHORROS
Cuenta: 520-10585-9
No Id Consignante: 1005465243
Doc: 52002
Vr Efect: $207,440.00
VrChqPop: $.00
CantChqs: 0
VrChqCje: $.00
Vr Total: $207,440.00

COMPROBANTE DE TRANSACCION

Vr Comis: $.00

Valor
$ 207440.

*Verifique antes de retirarse de la ventanilla que la información impresa corresponde a la operación ordenada al Banco. Conservese este comprobante. Los cheques estarán sujetos a la cláusula de buen cobro Art. 882 y a verificación posterior. Si hubiere errores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer los ajustes en la respectiva cuenta.*

BAVV:CLI-PRO-216_VI BBOG: 2122141623 (DEP_FOR_008 VI23/11/2015) BOCC. FTP-SER-025 BPOP: 1.10:3.98010