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 CESAR

CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR

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

Código Regional	**20**
Código Centro	**952010**
Fecha Elaboración	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**22848-153453**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YOCIMAR TRILLOS CASTAÑEDA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.065.915.838	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ytrillosc@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	055048841816169 8
IP/Nº de contacto:	0	**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	SI
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:	6293036/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**94624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: EN EL ÁREA DE PROTECCIÓN AMBIENTAL - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN CAMPESENA TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DEL CENTRO CPE NO. 20-9-2024-0047

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2024**	**Al**	**30/06/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 23.369.686
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 26.793.270
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 18.904.141

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,58%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 26.931
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.423.584		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.889.129**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.612.916**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 26.931**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1064498432**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.369.434
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 171.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 219.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 43.600	$ 7.200
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 219.200	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 171.200	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 7.200	
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		$ 788.913	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 1.537.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 756.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.612.916,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	26.931,00	0,58%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Pro-Universidad	22.328,00	0,500%
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	**$4.416.286,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizo socialización de curso complementario GESTION Y EDUCACION AMBIENTAL Puerto Patiño, Estación y el Márquez.

Se impartió formación de manera presencial del curso complementario en gestión y educación ambiental a las fichas 2995063, 2996196 y 3

Se solicito inscripción mediante masivos de las fichas 3012685.

Se realizan desplazamientos por los corregimientos de barranca Lebrija, Palenquillo y Puerto Mosquito para impartir formación presenci

Se realiza informe en la plataforma SECOP ll.

Se asiste a reuniones programas por el centro para los diferentes procesos de la formación y migración de Sofia Plus.

Socializar las ofertas institucionales en los diferentes corregimientos de la región.

Se mantiene actualizado el portafolio con las fichas en ejecución.

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

YOCIMAR TRILLOS CASTAÑEDA
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,

JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA
INSTRUCTOR G08

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
SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

18/06/24 12:58:33 USUARIO: SIC - C.C. 1065915838

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-06-18, 09:38:56 AM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1064498432

Nro Planilla Corregida: 1064433789 **Periodo Cotización:** mayo de 2024 **Periodo Servicio:** mayo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810632802

PAGADO 18/06/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YOCIMAR TRILLOS CASTAÑEDA		
Documento	CC1065915838	**Dirección**	CR 14 #3 - 122
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5658212
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	AGUACHICA	**Departamento**	CESAR
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	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	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	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 1065915838	YOCIMAR TRILLOS CASTAÑEDA	59	00	X								A								0	25	25	25	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.488.515	$ 238.200	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 1.488.515	$ 186.100	2,436	$ 1.488.515	$ 36.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 460.600
CC 1065915838	YOCIMAR TRILLOS CASTAÑEDA	59	00	X								C								0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.786.218	$ 285.800	(ESSC62) ASMET SALUD	$ 1.786.218	$ 223.300	2,436	$ 1.786.218	$ 43.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 552.700

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
$ 297.703	$ 297.703	$ 297.703	$ 0	$ 47.600	$ 37.200	$ 7.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.100	$ 500	$ 92.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Aguachica Cesar, 18 de junio 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:

R.C	1065925701	ABIGAIL TRILLOS PEÑA	HIJA

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,

Yocimar Trillos C.

FIRMA
YOCIMAR TRILLOS CASTAÑEDA
CC. 1.065.915.838 de Aguachica, Cesar

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.065.925.701

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59156001

59156001

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código H 8 H

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

REGISTRADURIA DE AGUACHICA - COLOMBIA - CESAR - AGUACHICA.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TRILLOS.....	PEÑA.....

Nombre(s)

ABIGAIL.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes MAR Día 12	FEMENINO.....	A.....	POSITIVO

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

COLOMBIA CESAR AGUACHICA.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	166261557.....

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

PEÑA VELEZ INGRID JOHANNA.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.065.914.254.....	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

TRILLOS CASTAÑEDA YOCIMAR.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.065.915.838.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TRILLOS CASTAÑEDA YOCIMAR.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.065.915.838.....	Yocimar Trillos C.

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 2021 Mes MAR Día 17	LUIS ALEJANDRO ALEMAN PEÑARANDA - Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Yocimar Trillos C. Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

17.MAR.2021 - SE OMITEN HUELLAS, EN APLICACION DE LA CIRCULAR NO.084 DEL 01 SEP 2020..

OFIXPRES 100138573

- PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL -

(ART, 114 y 115 Decreto 1260 de 1970 y Art 1 Decreto 278 de 1972)

ESTE DOCUMENTO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO (Art N°2 del Decreto 2189 de 1983)

Expedido en Valledupar-Cesar, válido para acreditar parentesco, trámites legales.

29 JUN 2023

JUAN CARLOS BUITRAGO CADAVID

REGISTRADOR ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 342634047

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Escaneado con CamScanner