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 HUILA

CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

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

Código Regional	**41**
Código Centro	**952610**
Fecha Elaboración	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**52148-562986**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JUAN CARLOS LOZADA RAMIREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	7.698.292	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jclozada@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	84556879981
IP/Nº de contacto:	3105198119	**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:	5775683/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**2824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral, que programe el Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila, en sus diferentes niveles y modalidades, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente para el área temática MEDIOS GRAFICOS VISUALES y demás programas de formación relacionadas con

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2024**	**Al**	**30/06/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 29.323.745
Número de pago	**6**			**Valor Total del Contrato:**	$ 48.525.589
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 24.858.200

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	**$ 2.625.490**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8630911520**
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		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 9.400
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		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 875.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.773.223		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	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 - 8299 - LA PLATA	15.629,00	0,350%
-	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	**$4.449.916,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Imparti formación profesional Complementario Desarrollo de Medios Gráficos Visuales Ficha:2982479-2995002-3006018-3022555 Horas:104.7

Imparti formación profesional programa de Formación:Tecnólogo virtual Desarrollo de Medios Gráficos Visuales Ficha:2758198 Horas:39,70

Realice seguimientos etapa productiva Tecnólogo Desarrollo de Medios Gráficos Visuales Horas:17,90

Total Horas:162.03

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

JUAN CARLOS LOZADA RAMIREZ
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,

Ruben Dario
Ramirez Cuellar

RUBEN DARIO RAMIREZ CUELLAR
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
HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Firmado digitalmente por HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Fecha: 2024.06.28 11:04:17 -05'00'

SENA - CFP 419526
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2024-002206
22/02/2024 2:30:51 p. m.
Destinatario:

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

La Plata, 22 de febrero 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:

NUIP – NIP	**1145832484**	**Daniel Alejandro Lozada Maldonado**	**HIJO**
NUIP – NIP	**1029886153**	**Juan Eduardo Lozada Maldonado**	**HIJO**

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,



FIRMA
Nombre: Juan Carlos Lozada Ramírez
C.C. 7698292 de Neiva (H)

REPÚBLICA DE COLOMBIA

142

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

NUIP 1145832484

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **59573988**

59573988

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradur	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	D	U	W
X									

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA LA PLATA H.D. S.A DE PADUA **********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOZADA **********	MALDONADO **********

Nombre(s)

DANIEL ALEJANDRO **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes DIC Día 15	MASCULINO	O	NEGATIVO

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

COLOMBIA - HUILA - LA PLATA **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	170600248 ********

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con linea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MALDONADO RAMIREZ JENNIFER **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1075237832 **********	COLOMBIA ********

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con linea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

LOZADA RAMIREZ JUAN CARLOS **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 7698292 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LOZADA RAMIREZ JUAN CARLOS **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 7698292 **********	

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 DIC Día 16	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
28996541-4

NÚMERO DE PREPARACIÓN 18151552

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.029.886.153

Indicativo Serial 51433830

51433830

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A F R

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

REGISTRADURIA DE NEIVA-H HERNANDO M - COLOMBIA - HUILA - NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOZADA	MALDONADO

Nombre(s)

JUAN EDUARDO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes ABR Día 15	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10522544-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MALDONADO RAMIREZ JENNIFER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
SIN INFORMACION	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

LOZADA RAMIREZ JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 7.698.292	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LOZADA RAMIREZ JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 7.698.292	X

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 2011 Mes ABR Día 16	LUIS FERNANDO CILOZADAFUENTES CHARR Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

16.ABR.2011 - 16-4-11 JRC.

Registraduría Nacional del Estado Civil
Es fiel copia tomada del original
Neiva, 16 MAR 2012

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.060-2 TEL. 381 0240

Alfabeto Único Registro Civil 6073613-0

SLH
LOZ

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	JUAN CARLOS LOZADA RAMIREZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-7698292
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-06-13
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-06-25
FECHA DE PAGO:	2024-06-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-05
PERÍODO SALUD:	2024-05
NÚMERO PLANILLA:	8630911520
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8615529164
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.786.218	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.300	$ 223.300
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.786.218	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.800	$ 285.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.786.218	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.400	$ 9.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 518.500	$ 518.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/07/2024