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 CASANARE**

**CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **85** |
| **Código Centro** | **951910** |
| **Fecha Elaboración** | **Julio de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **46415-708794** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | EDWIN VARGAS OCHOA | **Banco a consignar:** | BANCO FALABELLA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 74.814.251 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | edwinvargasocho@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 117030113405 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3112306121 | **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:** | 5828732/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **13324** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 10 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR CON LA EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA - RED DE CONOCIMIENTO COMERCIO Y VENTAS. RAD 85-9-2024-000244 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/07/2024** | **Al** | **31/07/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 22.350.450 |
| **Número de pago** | **6** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 44.700.900 |
| **Valor Bruto Pago:** | | **$ 4.470.090,00** | | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 17.880.360 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.470.090 | 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** | **$ 4.470.090** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.627.981** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Julio | Junio |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **4556056483** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.788.036 | $ 1.788.036 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 223.600 | $ 223.600 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 286.100 | $ 286.100 |
| 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 | | $ 447.009 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 30.984.458 | $ 876.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 4.379.995 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.627.981,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.470.090,00 | |
| 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 - YOPAL | 44.701,00 | 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** | **$4.425.389,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaborar el Plan de ruta de transporte según normativa.

Planeación y ejecución de evaluaciones y el registro de juicios en la plataforma, cierre de actividades en el LMS, registro de noved
des, gestión de soporte documental, entrega de Acta de cierre de Fichas asignadas.

Planeación, ejecución del calendarios académico y procesos adicionales necesarios para el cumplimiento del programa de Articulación co
n la media técnica, y seguimientos a procesos en receso escolar.

Seguimiento rutas de aprendizaje grado 10 y 11 de las instituciones educativas.

Se crean rutas de aprendizaje y se asocian aprendices a las fichas de grado 10.Registro de novedades, gestión de soporte documental, e

Total, Horas dedicadas a la FPI 160 horas.

**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

**EDWIN VARGAS OCHOA**
**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,

**EDWIN ALONSO QUINTERO**
**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**
**JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA**
**DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)**

31/07/24 13:29:08 USUARIO: SIC - C.C. 74814251

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

Planilla Pagada

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 74814251 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EDWIN VARGAS OCHOA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | YOPAL | DEPARTAMENTO: | CASANARE |
| DIRECCIÓN: | CRA18 23 36 LA ESPERANZA | TELÉFONO: | 1234567 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | | **4556056483** | TIPO DE PLANILLA: | | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | junio | AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | junio | AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | | 2024/07/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | 9999338570 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 286.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 286.100 | $ 0 | $ 286.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 286.100** | **$ 0** | **$ 286.100** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 223.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 223.600 | $ 0 | $ 0 | $ 223.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 223.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 223.600** |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 18.700 | $ 18.700 | $ 0 | $ 0 | $ 18.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 18.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 18.700** |

## TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF69 | CCF69-COMFACASANARE | 1 | $ 35.800 | $ 0 | $ 35.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 35.800** | **$ 0** | **$ 35.800** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| 1 | CC 74814251 | VARGAS OCHOA EDWIN | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.788.036 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PENSIÓN | | | | | | | | | | SALUD | | | | | |
| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
| 1 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.788.036 | $ 286.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 286.100 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.788.036 | $ 223.600 | $ 0 | $ 223.600 |

| | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ARP | | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.788.036 | 74814251 | $ 18.700 | 30 | $ 1.788.036 | CCF69-COMFACASANARE | $ 35.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 564.200** |

**FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Yopal 31 de julio del año 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
YOPAL

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** | **1029656377** | **ANTONELLA VARGAS RUEDA** | **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,



EDWIN VARGAS OCHOA
C.C. 74814251

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.029.656.377

Indicativo Serial 51775615

*51775615*

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

Registraduría [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código AFA

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

REGISTRADURIA DE YOPAL-H LA YOPAL - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL.....

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| VARGAS | RUEDA |

Nombre(s)

ANTONELLA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2011 Mes FEB Día 23 | FEMENINO | A | POSITIVO |

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

COLOMBIA CASANARE YOPAL

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 10524817-6 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

RUEDA ARCINIEGAS YULY PAOLA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.118.535.044 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

VARGAS OCHOA EDWIN

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 74.814.251 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

VARGAS OCHOA EDWIN

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 74.814.251 | |

**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 MAR Día 03 | JAIRO ANTONIO AGUDELO CHAPARRO<br>Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -