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 FORMACIÓN AGROINDUSTRIAL-HUILA

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

Código Regional	**41**
Código Centro	**911610**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**92680-911188**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JUAN CAMILO CASTAÑEDA MOLINA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.070.599.380	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	camilosena@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	65935943480
IP/Nº de contacto:	3133740362	**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**	NO

¿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:	5913564/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**16724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTION DE CARACTER TEMPORAL PARA LA EJECUCION DE LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL CEFA EN EL PROGRAMA ATENCION VICTIMAS DE DESPLAZAMIENTO. ESPECIALIDAD GASTRONOMIA.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2024**	**Al**	**31/08/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 20.392.655
Número de pago	**7**			**Valor Total del Contrato:**	$ 46.143.965
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.927.110

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	2,78%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 145.389
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.465.545		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.931.090**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.236.381**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 145.389**

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1064253425**
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	II	$ 18.700	$ 18.700
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 285.800	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 223.300	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 18.700	
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		$ 893.109	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.746.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.912.721		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.236.381,00	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	145.389,00	2,78%
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%
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	**$4.320.156,00**	

SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS VEINTE MIL CIENTO CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación en el Programa COCINA BÁSICA fICHA N° 2996769 HORAS 08
Formación en el Programa COCINA BÁSICA fICHA N° 3050521 HORAS 60
Formación en el Programa COCINA BÁSICA fICHA N° 3051443 HORAS 80
Formación en el Programa COCINA BÁSICA fICHA N° 3036693 HORAS 32

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 CAMILO CASTAÑEDA MOLINA
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,

Firmado digitalmente por Sonia Patricia Gómez Tamayo

SONIA PATRICIA GOMEZ TAMAYO
TECNICO G03

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
GLORIA MARITZA SANCHEZ ALARCON
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-08-20, 04:21:43 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1064253425

Periodo Cotización: julio de 2024 **Periodo Servicio:** julio de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810611063

PAGADO 17/08/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN CAMILO CASTANEDA MOLINA		
Documento	CC1070599380	**Dirección**	CRA 16 23 45 GAITAN
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133740362
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	GIRARDOT	**Departamento**	CUNDINAMARCA
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 1070599380	JUAN CAMILO CASTAÑEDA MOLINA	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.787.000	$ 286.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.787.000	$ 223.400	1,044	$ 1.787.000	$ 18.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 528.100

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
$ 1.787.000	$ 1.787.000	$ 1.787.000	$ 0	$ 286.000	$ 223.400	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 528.100	$ 0	$ 528.100

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.

Scotiabank

COLPATRIA

Puntored no te cobra por esta transacción

Puntored
Corresponsal Bancario Scotiabank Colpatria

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	17/08/2024
Hora	11:09:17
Terminal	208223
Conve	PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE
Cod. Convenio	0408
Referencia	8810611063
Valor	$528,100
Transacción	000974098033
Usuario	LAURA MARIA RUIZ TIRNAN

Línea de atención personalizada en Bogotá:
3487881 Resto del País: 01 8000 960 505

Aquí también puede pagar su tarjeta de credito y creditos de consumo del Banco Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 20 de agosto de 2024

SENA - CFP 419116
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2024-005637
20/08/2024 9:27:40 a. m.
Destinatario:

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.	**20611644**	**SARA LIGIA MOLINA HERNANDEZ**	**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: Juan Camilo Castañeda Molina
C.C. 1.070.599.380 de Girardot


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO
20.611.644
MOLINA HERNANDEZ
APELLIDOS
SARA LIGIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
12-MAR-1947
CABRERA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
07-ENE-1970 GIRARDOT
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
A-1510900-39148564-F-0020611644-20060726
07905 06206N 02 181059875

ENQUIR CERQUERA QUINAYA
CONTADOR PÚBLICO
TP 113737 – T
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

CONTADOR PÚBLICO

CERTIFICA

Que para los efectos de la norma establecida en numeral 5 del el parágrafo 2 del art. 387 del E.T,

El señor **JUAN CAMILO CASTAÑEDA MOLINA**, identificado con la cédula de ciudadanía 1.070.599.380 de Girardot - Cundinamarca, residente en el municipio de Neiva – Huila, de ocupación contratista de servicios profesionales; hijo de la señora:

NUIP - NIP	**20.611.644**	**SARA LIGIA MOLINA HERNANDEZ**	**MAMA**

Que en la actualidad la señora **SARA LIGIA MOLINA HERNANDEZ** No obtiene ingresos propios, por lo cual se cumplen los criterios para que la señora **SARA LIGIA MOLINA HERNANDEZ** pueda figurar como dependiente del señor **JUAN CAMILO CASTAÑEDA MOLINA.**

La presente certificación se expide para que sea presentada por el señor **JUAN CAMILO CASTAÑEDA MOLINA** ante el departamento de nómina de la empresa en la cual está vinculado actualmente bajo relación laboral.
En constancia de lo anterior, firmo en Neiva - Huila a los Dieciocho (18) días del mes de Agosto de 2024.

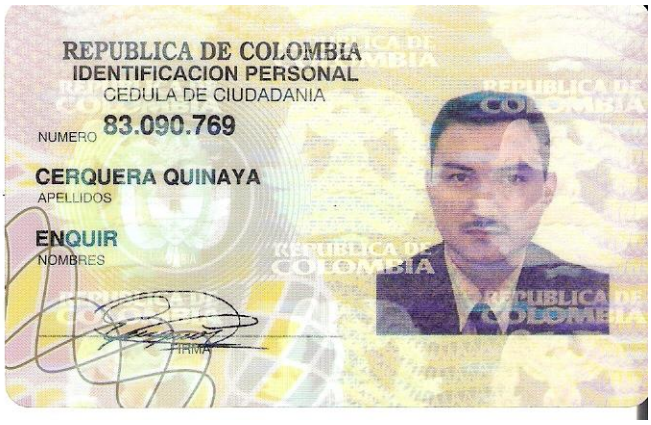
ENQUIR CERQUERA QUINAYA
C.C. 83.090.769 De Campoalegre – Huila
Contador Publico
T.P. 113737-T

ENQUIR CERQUERA QUINAYA

CONTADOR PÚBLICO

TP 113737 – T

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA





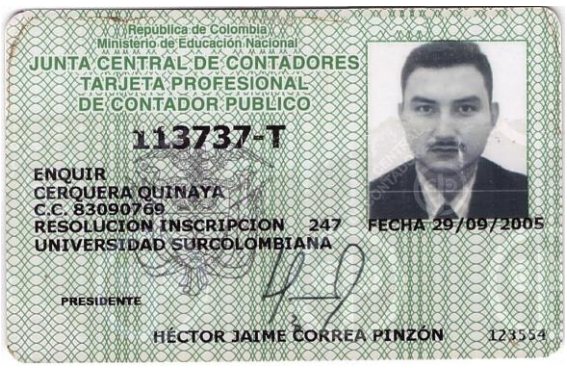
Calle 17 No. 6 – 45 B/ Centro, Celular 315 200 5858 email- enquirquinyas@hotmail.com
Campoalegre - Huila

ENQUIR CERQUERA QUINAYA

CONTADOR PÚBLICO

TP 113737 – T

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA





Calle 17 No. 6 – 45 B/ Centro, Celular 315 200 5858 email- enquirquinyas@hotmail.com
Campoalegre - Huila

ENQUIR CERQUERA QUINAYA

CONTADOR PÚBLICO

TP 113737 – T

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

B7BEAF19EE2F8A59

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ENQUIR CERQUERA QUINAYA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 83090769 de CAMPOALEGRE (HUILA) Y Tarjeta Profesional No 113737-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 29 días del mes de Mayo de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado