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 BOYACÁ

CENTRO MINERO-BOYACÁ

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**911110**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**36076-856673**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JULIO ANDRES BUITRAGO MOTTA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	74.081.162	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jbuitragom@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	35865843648
IP/Nº de contacto:	3132718779	**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:	6177906/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**78724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: COMUNICADO 15-9-2024-004414, PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR, ORIENTAR Y EVALUAR ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE IMPARTE EL CENTRO MINERO EN LAS DIFERENTES REDES, ÁREA TEMÁTICA TRANSVERSAL EN LOS PROGRAMAS

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2024 Al 31/08/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 18.988.410
Número de pago	**5**	**Valor Total del Contrato:**	$ 35.121.420
Valor Bruto Pago:	**$ 4.283.100,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 14.705.310

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.283.100	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	**$ 4.283.100**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.511.490**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**30392078**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.713.240	$ 1.713.240
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 214.200	$ 214.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 274.200	$ 274.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 17.900	$ 17.900
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		$ 428.310	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 27.886.012	$ 837.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.201.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.511.490,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.283.100,00	
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	0,00	1,000%
-	0,00	1,000%
-	0,00	1,000%
-	0,00	1,000%
-	0,00	1,000%
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	**$4.283.100,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CIEN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

COORDINAR PROYECTOS DE ACUERDO CON LOS PLANES Y PROGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE ETAPA PRACTICA A LAS DIFERENTES FICHAS ASIGNADAS

CONCERTAR Y DEFINIR LOS PROYECTOS PRODUCTIVOS DE LAS DIFERENTES FICHAS ASIGNADAS

APROPIAR Y DESARROLLAR LOS COMPONENTES DE LA GUIA DE PROYECTOS PRODUCTIVOS EN LAS DIFERENTES FICHAS ASIGNADAS

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

JULIO ANDRES BUITRAGO MOTTA
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,

ESTHER LUCIA TAMARA MELO
INSTRUCTOR G13

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
HARVEY YADIVER DIMATE RODRÍGUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

16/08/24 13:40:15 USUARIO: SIC - C.C. 74081162

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 74081162	0	JULIO ANDRES BUITRAGO MOTTA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8541	Natural

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
15-759	CRA 20 2B-22 SUR	3132718779	JUANBUMO@GMAIL.COM	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-07	2024-07	30392078	I	2024-07-30	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	506.300	0	BANCOLOMBIA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
1	30392078	2024-08-15	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 74081162	BUITRAGO MOTTA JULIO ANDRES	1.713.240																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.713.240	274.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.713.240	214.200	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.713.240	17.900	0,01044	0	0	0	0	0	59	0	506.300	N	2821101

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 74081162	0	JULIO ANDRES BUITRAGO MOTTA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8541	Natural

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
15-759	CRA 20 2B-22 SUR	3132718779	JUANBUMO@GMAIL.COM	N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-07	2024-07	30392078	I	2024-07-30	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	506.300	0	BANCOLOMBIA

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
1	30392078	2024-08-15	Pagada

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.713.240	1.713.240	1.713.240	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	274.200	0	0	0	274.200
PORVENIR	230301	800224808	8	1	274.200	0	0	0	274.200
EPS(Administradoras: 1)				1	214.200	0	0	0	214.200
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	1	214.200	0	0	0	214.200
ARP(Administradoras: 1)				1	17.900	0	0	0	17.900
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	17.900	0	0	0	17.900
Gran Total					506.300	0	0	0	506.300

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, agosto 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:

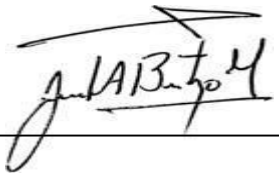
T.I.	**1058359665**	**Maria José Buitrago Castro**	**HIJO**

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: JULIOANDRES BUITRAGO MOTTA
C.C. 74081162

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

NUIP 1058359665

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54354764

- 54354764 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policia [ ] Código E Z M

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Datos del inscrito

Primer Apellido: BUITRAGO

Segundo Apellido: CASTRO

Nombre(s): MARIA JOSE

Fecha de nacimiento: Año 2017 Mes ENE Día 15

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 13868288-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CASTRO ABRIL YISEL

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. Nº 46.381.211 SOGAMOSO

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BUITRAGO MOTTA JULIO ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. Nº 74.081.162 SOGAMOSO

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BUITRAGO MOTTA JULIO ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. Nº 74.081.162 SOGAMOSO

Firma

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

Año 2017 Mes ENE Día 25

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ROSALIA CAMARGO PALACIOS

Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA
Rosalia Camargo Palacios
NOTARIA SOGAMOSO BOY

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ROSALIA CAMARGO PALACIOS

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

*-
*-
*-

NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE SOGAMOSO BOYACÁ
ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA
EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA

27 MAR 2019

Lucy Mesa Dias
NOTARIA SEGUNDA

REPUBLICA DE COLOMBIA
Lucy Mesa Dias
NOTARIA SEGUNDA
SOGAMOSO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -