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 SANTANDER

CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**34418-238542**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANDRES JOSE MOSQUERA JARABA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	9.694.641	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ajmosqueraj@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	74935636306
IP/Nº de contacto:	320896814	**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:	5862834/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**15724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor para orientar la formación profesional integral: titulada y/o complementaria programada en el Centro Agroturistico en la red de conocimiento: agroindustria en el área temática: procesamiento de alimentos

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2024**	**Al**	**31/08/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 20.094.952
Número de pago	**7**			**Valor Total del Contrato:**	$ 46.739.371
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.629.407

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	**$ 2.362.647**	**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		----------	**7934171610**
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		$ -	
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		$ 379.670	
Dependientes hasta	$ 753.040	$ 446.555	
Salud hasta	$ 34.082.904	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 4.828.681	$ 778.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.			
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.362.647,00	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 - 8551	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	**$4.465.545,00**	

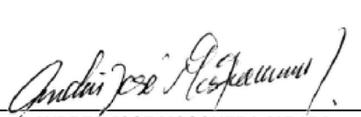
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha:3026082-Aplicar las buenas practicas de manufactura-(Del 01 al 06 de Agosto 20 horas)
Ficha:3012381-Aplicar las buenas practicas de manufactura-(09 de Agosto 3 horas)
Ficha:3012419-Aplicar las buenas practicas de manufactura-(09 de Agosto 3 horas).Se preparo Materia Pedagógico para fichas complementa
Ficha:3012397-Aplicar las buenas practicas de manufactura-(12 de Agosto 3 horas).Actividad Adicionales:8 Horas Alistamiento del prog
Ficha:3051914-Aplicar las buenas practicas de manufactura-(Del 24 al 31 de Agosto 40 horas)
Fichas:3051975-Aplicar las buenas practicas de manufactura-(Del 24 al 27 de Agosto 16 horas)
Fichas:3052096-Aplicar las buenas practicas de manufactura-(Del 24 al 27 de Agosto 16 horas)
Fichas:3052739-Aplicar las buenas practicas de manufactura-(Del 28 al 31 de Agosto 20 horas)
Fichas:3052785-Aplicar las buenas practicas de manufactura-(Del 28 al 31 de Agosto 20 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



ANDRES JOSE MOSQUERA JARABA
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,

OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO
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
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

25/08/24 20:09:53 USUARIO: SIC - C.C. 9694641

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9694641
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES JOSE MOSQUERA JARABA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN GIL	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 13A1 N° 21-48	TELÉFONO:	5650000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - SENA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7934171610**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		9			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/08/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		857323940

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 285.800	$ 2.000	$ 287.800
SUBTOTALES:										**$ 285.800**	**$ 2.000**	**$ 287.800**

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	$ 223.300	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 223.300	$ 1.500	$ 0	$ 224.800
SUBTOTALES:													**$ 223.300**	**$ 1.500**	**$ 0**	**$ 224.800**

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	$ 200	$ 0	$ 18.900
SUBTOTALES:									**$ 18.700**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 18.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 9694641	MOSQUERA JARABA ANDRES JOSE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.786.218				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.786.218	$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 285.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.786.218	$ 223.300	$ 0	$ 223.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.786.218	9694641	$ 18.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 531.500**

Banco de Bogotá
Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7- 47 Bogotá

BANCO DE BOGOTÁ S.A.

Año Gravable 2023

CERTIFICA

Que, para efectos de lo dispuesto en el Decreto 331 de 1976, el artículo 381 del Estatuto Tributario y según nuestros registros contables el estado de su obligación es la siguiente:

Crédito de Vivienda No.: **657430150**
Fecha de Inicio: **2021-11-29 00:00:00** **Plazo (Meses):216**
Tasa: **9.47729**

Nombre del(los) cliente(s):

ANDRES JOSE MOSQUERA JARABA

Tipo e Identificación del(los) Cliente(s) :

CC : 9694641
:
:
:

Valor inicial del crédito de vivienda:	$ 115,528,560.00
Saldo del Crédito de Vivienda a 31-Dic-2023	$ 107,920,958.00
Saldo del Crédito de Vivienda a 31-Dic-2022	$ 111,587,122.00
Durante el año 2023 su pago a capital fue	$ 3,666,164.37
Durante el año 2023 su pago por intereses fue	$ 4,556,045.00
Durante el año 2023, su pago por otros conceptos fue	
I) Seguros	$ 606,891.00
II) Timbres, etc.	$ 0.00
III) Sanciones, etc.	$ 0.00
IV) Gastos de cobranzas, etc.	$ 0.00
Total pagado por el año gravable 2023	$ 8,829,100.37
Total valor deducible para el año gravable 2023	$ 4,556,045.00

Para constancia de lo anterior se expide en la ciudad de Bogotá el 2024-01-23 00:00:00

Nota: La deducción en préstamos de vivienda y contrato de leasing habitacional, no se puede solicitar como beneficio en forma concurrente. Art. 8 D, 779 de 2003.

“De acuerdo con el artículo 10 del Decreto Reglamentario No. 836 de 1991, las certificaciones expedidas en forma continua impresa por computador, no requiere firma autógrafa”

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 2 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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:

TI	1094063284	SOFIA CAMILA MOSQUERA MONSALVE	Hijo(a)

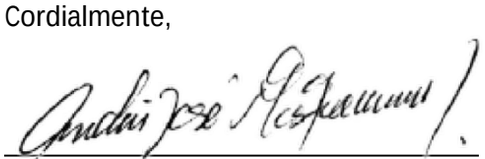
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



ANDRES JOSE MOSQUERA JARABA
C.C. 9694641

NOTARÍA 7

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 55142039

55142039

NUIP: 1094063284

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código N 9 C

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

COLOMBIA, NORTE DE SANTANDER, CUCUTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MOSQUERA	MONSALVE

Nombre(s): SOFIA CAMILA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes Sep Día 18	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA NORTE DE SANTANDER CUCUTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIF.MED.CLINICA SAN JOSE	13391510-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MONSALVE HERNANDEZ YESENI

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52.837.810 SANTAFE DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MOSQUERA JARABA ANDRES JOSE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 9.694.641 DE AGUACHICA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MOSQUERA JARABA ANDRES JOSE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 9.694.641 DE AGUACHICA	Andrés José Mosquera Jaraba

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 2016 Mes Sep Día 19	MANUEL JOSE CARRIZOSA ALVAREZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Andrés José Mosquera Jaraba. Firma	MANUEL JOSE CARRIZOSA ALVAREZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA SEPTIMA DE CUCUTA
MANUEL JOSE CARRIZOSA

El serial: 55142039 es fiel y auténtica copia de su original que reposa en el archiv de Registro Civil de esta Notaría.

Este Registro no tiene vencimiento, excep para Seguridad Social, Riesgos Profesional Pensiones y Celebración de Matrimonio.

Fecha: Cúcuta, 19/09/2016 Hora: 15:34:1

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

RCNMD Nº 191213