

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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		Agosto de 2024			
			Versión		MARZO 2024 - 2,24			
			ID de Proceso		53905-235394			
DATOS DEL CONTRATISTA								
Nombres y apellidos:		MARIO CESAR OSORIO HERNANDEZ		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía		74.451.916		Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico:		mariocesarmvz@gmail.com		Número de Cuenta:		35800012820		
IP/N° de contacto:		3125559721		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								
N° del contrato:		5904160/2024		N° Compromiso SIIF		23124		
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		10		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL CON LA EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA - RED DE CONOCIMIENTO AGRÍCOLA. RAD 85-9-2024-000346						
DATOS PERIODO DEL PAGO								
Del		01/08/2024		Al		31/08/2024		
Número de pago		7		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 17.880.360		
Valor Bruto Pago:		\$ 4.470.090,00		Valor Total del Contrato:		\$ 43.508.876		
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 13.410.270		
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		\$ 2.620.681		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR								
		Agosto		Julio		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.620.681,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		7935931775		Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.470.090,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.788.036		\$ 1.788.036		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.600		\$ 223.600		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 286.100		\$ 286.100		Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL II		\$ 18.700		\$ 18.700		Reteica - 8299 - YOPAL	44.701,00	1,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -					0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 447.009				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 30.984.458		\$ 874.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 5.010.690				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				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								
PROGRAMA DE FORMACION: CULTIVOS AGRICOLAS FICHA 2848328 IE DIVINO SALVADOR PREPARAR TERRENO PARA SIEMBRA SEGÚN CULTIVO Y REQUERIMIENTO								
EJECUCION DE LA FORMACION COMPETENCIA SIEMBRA DE CULTIVOS, APLICACION DE ENMIENDAS, FERTILIZACIONES								
PROGRAMA DE FORMACION: PROD. AGROPECUARIA FICHA 2685023 IE POLICARPA SALAVARRIETA COORDINAR PRODUCCIÓN DE ESPECIE PECUARIA SEGÚN OBJETIVO								
FORMACION PRESENCIAL COMPETEBCIA MANEJO DE ESPECIES PECUARIAS PLAN SANITARIO, APLICACION D MEDICAMENTOS MANEJO ZOOTECNICO								
PROGRAMA DE FORMACION: PROD. AGROPECUARIA FICHA 2685141 IE POLICARPA SALAVARRIETA COORDINAR PRODUCCIÓN DE ESPECIE PECUARIA SEGÚN OBJETIVO								
FORMACION PRESENCIAL COMPETEBCIA MANEJO DE ESPECIES PECUARIAS PLAN SANITARIO, APLICACION D MEDICAMENTOS MANEJO ZOOTECNICO								
PROGRAMA DE FORMACION: PROD. AGROPECUARIA FICHA 2685009 IE CRIEET EJECUTAR PROCESO DE REPRODUCCIÓN NATURAL SEGÚN ESPECIE ANIMAL, PARÁMETROS								
FORMACION PRESENCIAL MANEJO REPRODUCTIVO DE LA HEMBRA BOVINA, PROTOCOLO DE INSEMINACION ARTIFICIAL A TERMINO FIJO								
TOTAL HORAS REPORTADAS EN SOFIA PLUS: 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								
MARIO CESAR OSORIO HERNANDEZ 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 periodo 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)								

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74451916
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		MARIO CESAR OSORIO HERNANDEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	7777777777	TELÉFONO:	7777777
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:	7935931775		TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	julio	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	julio	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:				16					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2024/08/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				861463348

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	\$ 286.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 3.500	\$ 0	\$ 286.100	\$ 3.500	\$ 289.600
SUBTOTALES:										\$ 286.100	\$ 3.500	\$ 289.600

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	\$ 2.700	\$ 0	\$ 223.600	\$ 2.700	\$ 0	\$ 226.300
SUBTOTALES:									\$ 223.600		\$ 2.700		\$ 223.600	\$ 2.700	\$ 0	\$ 226.300

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	\$ 300	\$ 0	\$ 19.000
SUBTOTALES:									\$ 18.700	\$ 300	\$ 0	\$ 19.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																						
Nº	IDENTIFICA CIÓN	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	A/P	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP			IBC	CCF										
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR	TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN		VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 74451916	OSORIO HERNANDEZ MARIO CESAR	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.788.036			NO																		230301- PORVENIR	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	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.788.036	\$ 74451916	\$ 18.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 534.900
--------------	-------------------



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 31 de agosto de 2024

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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 - NIP	1053586809	SIMON ALEJANDRO OSORIO GOMEZ	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: MARIO CESAR OSORIO HERNANDEZ
C.C. 74.451.916 de NOBSA





1BEBUDYKRT41V

**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

REGISTRO DEL ESTADO CIVIL DIGITAL

NUIP
1053586809

Nacimiento

Indicativo serial
0037016636

Datos de la Oficina de Registro

País COLOMBIA	Departamento BOYACA	Municipio NOBSA	Fecha de inscripción 12-09-2013
Tipo oficina / Oficina REGISTRADURÍA / NOBSA			

Datos del inscrito

Nombres SIMON ALEJANDRO	Apellidos OSORIO GOMEZ		
Fecha de nacimiento 03-09-2013	Sexo MASCULINO		
Lugar de nacimiento			
País COLOMBIA	Departamento BOYACA	Municipio NOBSA	Corregimiento / Insp. de Policía ---

Datos de Madre o Padre

Nombres LAURA PATRICIA	Apellidos GOMEZ TOLOZA	
Tipo de documento CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de documento 1054658543	Nacionalidad COLOMBIA

Datos de Madre o Padre

Nombres MARIO CESAR	Apellidos OSORIO HERNANDEZ	
Tipo de documento CÉDULA DE CIUDADANÍA	Número de documento 0074451916	Nacionalidad COLOMBIA

Fecha de expedición

Día 29	Mes 02	Año 2024
------------------	------------------	--------------------

Maria Cristina Manzano

MARIA CRISTINA MANZANO NOGUERA
Directora Nacional de Registro Civil

Válido por 3 meses a partir de la fecha de expedición. Este documento firmado digitalmente certifica los datos contenidos en el Sistema de Información de Registro Civil de la Registraduría Nacional del Estado Civil y tiene plena validez jurídica conforme a lo dispuesto en el Decreto 1260 de 1970, la Ley 527 de 1999 y la Ley 962 de 2005.