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 DESARROLLO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DEL HUILA

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

Código Regional	**41**
Código Centro	**952610**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**39700-229444**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANGELA CRISTINA GONZALEZ NEIRA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	36.068.510	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	acgonzalezn@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	07617927963
IP/Nº de contacto:	0	**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:	5772382/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**2024**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral, que programe el Centro de Desarrollo Agroempresarial y Turístico del Huila, en sus diferentes niveles y modalidades, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente para el área temática TALENTO HUMANO y demás programas de formación relacionadas con el perfil del

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024**	**Al**	**31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 24.858.200
Número de pago	**7**			**Valor Total del Contrato:**	$ 48.525.589
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 20.392.655

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	2,82%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 148.163
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	**$ 5.250.981**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 148.163**

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

		Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9471528806**
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 I		$ 9.400	$ 9.400
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		$ 9.400	
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%	$ 37.181.350	$ 1.750.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.306.223		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.250.981,00	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	148.163,00	2,82%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - LA PLATA	15.629,00	0,350%
-	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	**$4.301.753,00**	

SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS UN MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartí formación profesional integral en los siguientes programas: -2822510 Gestión Administrativa 25 horas

2667807 Gestión del Talento Humano 20 horas / 13420106 v1 Habilidades para enfrentar retos en el nuevo entorno laboral 48 horas

Semana de Alistamiento en el Mes de Julio - del 1 al 5 de julio 40 horas.

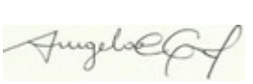
EDT - Gestión emocional en procesos de transformación personal y social - 22 de julio Horas 8.Total: 141 horas

Realicé acompañamientos a los aprendices en el cierre de su etapa lectiva, segundo trimestre del año 2024 2667807 Gestión del Talento 20 horas. Total horas dedicadas a la formación 161

Participé en la reunión del equipo de desarrollo curricular de las Formaciones mencionadas a continuación, acta No. 2024-04-0666 y acta No. 2024-04-0306

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



ANGELA CRISTINA GONZALEZ NEIRA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

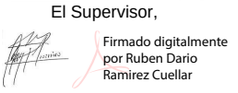
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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.

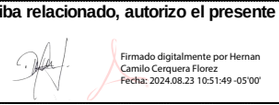
Autorizo el presente pago.
El Supervisor,



RUBEN DARIO RAMIREZ CUELLAR
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
HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)



aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36068510		GONZALEZ NEIRA ANGELA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 6 N 12-39	LA PLATA-HUILA	8744789	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	862616621	9471528806	I	2024/07/04	2024/08/23	BANCOLOMBIA	50	$538,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	36068510	GONZALEZ NEIRA ANGELA CRISTINA	25-14	30	$1,786,218	$285,800	EPS037	30	$1,786,218	$223,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,786,218	$9,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,786,218**	**$285,800**			**$1,786,218**	**$223,300**			**$0**	**$0**			**$1,786,218**	**$9,400**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,800	$10,700	$0	$296,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$285,800	$10,700	$0	$296,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$400	$0	$9,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$400	$0	$9,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,300	$8,400	$0	$231,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$223,300	$8,400	$0	$231,700
TOTAL				**1**	**$518,500**	**$19,500**	**$0**	**$538,000**

2024/08/23 09:14 AM

Comprobante

de pago en línea

APORTES EN LINEA

Pago realizado por: YULIETH ALEJANDRA MONTES ORTIZ

Nro. de recibo: 9471528806

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9471528806

Identificación del contribuyente: 191.156.177.219

Concepto: CC

Razón Social: 36068510

Fecha y hora de la transacción: Viernes 23 de Agosto de 2024 08:41:24 AM

Nro. de comprobante: 0000093983

Valor pagado: $ 538,000.00

Producto: *******8004

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

La Plata, 30 de enero de 2024

SENA - CFP 419526
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2024-001082
30/01/2024 5:50:24 p. m.

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:

NUIP - NIP	**1077230848**	**Samuel José España González**	**HIJO**

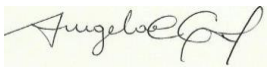
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: ANGELA CRISTINA GONZÁLEZ NEIRA

C.C. 36.068.510

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

NUIP 1077230848

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41858409

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	04	☐	☐	☐	K6W

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

COLOMBIA HUILA NEIVA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESPAÑA	GONZALEZ

Nombre(s)

SAMUEL JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes ENE Día 09	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA NEIVA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51382896 - 8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ NEIRA ANGELA CRISTINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. No. 36.068.510 NEIVA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ESPAÑA GONZALEZ JOSE ALEJANDRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. No. 7.709.386 NEIVA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ESPAÑA GONZALEZ JOSE ALEJANDRO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC. No. 7.709.386 NEIVA	

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 2009 Mes ENE Día 16	HILDA MARIA PERDOMO CORTES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA CUARTA DE NEIVA
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
A SOLICITUD DE Jose Alejandro España Gonzalez
NEIVA 10 AGO 2015
PARA ACREDITAR PARENTESCO

NOTARIA CUARTA

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

FESA S.A. NIT. 890.321.151-0