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** | **37704-924548** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | JEHINSON JOSE RAMOS FERNANDEZ | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.081.407.183 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | jjramosf@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 84534252560 |
| **IP/Nº de contacto:** | 83711 | **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:** | 5772663/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **2924** | **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 bibliotecologia y demás programas de formación relacionadas con el perfil del |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/08/2024** | **Al** | **31/08/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 19.797.250 |
| **Número de pago** | **8** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 47.930.183 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 15.331.705 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.545 | Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas | 3,88% |
| Ingresos por comisiones | $ 542.808 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 217.803 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 4.465.545 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 9.473.898** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 5.617.508** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 217.803** |

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

| | | Agosto | Julio |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **30524038** |
| **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 | | $ 947.390 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 37.181.350 | $ 1.872.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 5.597.222 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 5.617.508,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 5.008.353,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 217.803,00 | 3,88% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 - LA PLATA | 17.529,00 | 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** | **$4.230.213,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS TRECE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartí Formación Profesional Integral a las siguientes titulaciones: Total de horas: 138,00
Tgo Gestión del Talento Humano Ficha 2873601 horas: 06.00
Tco Asistencia Administrativa Ficha 2731687 horas: 09.00
Tco Asistencia Administrativa Ficha 2939233 horas: 27.00
Formación complementaria Organización de Archivos de Gestión Ficha F2-432-CF-9526CP horas: 48.00
Tco Servicios Digitales de Bibliotecas Ficha 2879939 horas: 48.00
Realicé seguimiento a la etapa productiva de los aprendices horas: 20.00
Revisé diariamente el correo institucional
Total horas: 158.00

**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

Firmado digitalmente por JEHINSON JOSE RAMOS FERNANDEZ
Fecha: 2024.08.21 16:16:11 -05'00'

**JEHINSON JOSE RAMOS FERNANDEZ**
**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 Ruben Dario Ramirez Cuellar

**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)**

HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Firmado digitalmente por HERNAN CAMILO CERQUERA FLOREZ
Fecha: 2024.08.21 17:23:54 -05'00'

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1081407183 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

| REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA | | CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE ADMINISTRADORA | Nro. AFILIADOS | DÍAS MORA | COTIZACIÓN | INTERES | VALOR TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Período pensión:** | 2024-07 | 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | 0 | 285.800 | 0 | 285.800 |
| **Período salud:** | 2024-07 | EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 1 | 0 | 223.300 | 0 | 223.300 |
| **Planilla Nro.:** | 30524038 Tipo I | 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | 0 | 9.400 | 0 | 9.400 |
| **Clase de aportante:** | I | SINCCF | 0 | SIN CCF | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Fecha transacción:** | 2024-08-21 | PASENA | 899999034 | SENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Banco:** | BANCOLOMBIA | PAICBF | 899999239 | ICBF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Transacción:** | 857998612 | PAESAP | 899999054 | ESAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | PAMIED | 899999001 | MINEDU | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | **GRAN TOTAL** | | | | | $ 518.500 |

PAGADO

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | JEHINSON JOSE RAMOS FERNANDEZ |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-1081407183 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2024-08-21 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-08-22 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-08-21 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCOLOMBIA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-07 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-07 |
| NÚMERO PLANILLA: | 30524038 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 30524038 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 1 | $ 1.786.218 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 223.300 | $ 223.300 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.786.218 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 285.800 | $ 285.800 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.786.218 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 9.400 | $ 9.400 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 518.500 | $ 518.500 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 19/09/2024 |

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

La Plata, 30 de enero de 2024

SENA - CFP 419526
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2024-001057
30/01/2024 3:49:08 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** | **1145830371** | **Ada Victoria Ramos Rojas** | **HIJO** |

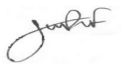
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



Firmado digitalmente por JEHINSON JOSE RAMOS FERNANDEZ
Fecha: 2024.01.30 15:55:44 -05'00'

FIRMA

Nombre: __JEHINSON JOSE RAMOS FERNÁNDEZ_

C.C. ___1081407183_____

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

**NUIP** 1.145.830.371

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 56571452

571452

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policia [ ] **Código** D U W

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

REGISTRADURIA DE LA PLATA H.D. S.A DE PADUA - COLOMBIA - HUILA - LA

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| RAMOS | ROJAS |

Nombre(s)

ADA VICTORIA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2016 Mes MAY Día 23 | FEMENINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 13207378-3 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos

ROJAS VERA CAMILA ALEJANDRA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.081.408.824 | COLOMBIA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos

RAMOS FERNANDEZ JEHINSON JOSE

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.081.407.183 | COLOMBIA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

RAMOS FERNANDEZ JEHINSON JOSE

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.081.407.183 | Jehinson José Ramos F. |

*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 MAY Día 24 | DORA LILIANA OSPINA VALDEZ - REGI<br>Nombre y firma |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -