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	**40606-251662**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ADRIANA MARCELA ALARCON ROJAS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	36.383.145	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	aalarconr@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	84588340154
IP/Nº de contacto:	73714	**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:	5774284/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**2624**	**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 contabilidad 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:**	$ 20.392.655
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 48.525.589
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.927.110

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9470439468**
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.	$ 6.050.591		
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

Imparti formaciòn profesional en las siguientes titulaciones:

Ficha 2963176 Gestión Empresas Agropecuarias: 29.90 Horas

Ficha 2708674 - Gestión Contable y de Información Financiera: 131.60 Horas

Total Horas 161.5

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

ADRIANA MARCELA ALARCON ROJAS
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)

Firmado digitalmente por Hernan Camilo Cerquera Florez
Fecha: 2024.08.22 16:13:40 -05'00'

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	**dv**	**Razon Social**	**Clase Aportante**	**Sucursal Principal**	**Direccion**	**Ciudad-Departamento**	**Teléfono**	**Exonerado SENA e ICBF**
CC 36383145		ALARCON ROJAS ADRIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12 N 4 B 19	LA PLATA-HUILA	8871109	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		**Clave**		**Tipo**	**Fecha**		**Pago**		
Pensión	**Salud**	**Pago**	**Planilla**	**Planilla**	**Limite**	**Pago**	**Banco**	**Dias Mora**	**Valor**
2024-07	2024-07	856608369	9470439468	I	2024/08/13	2024/08/20	BANCOLOMBIA	7	$521,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	36383145	ALARCON ROJAS ADRIANA MARCELA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																											
Total	**Afiliados(1)**																																	

PLANILLA PAGADA

2024/08/20 03:14 p.m.

							SALARIO			PENSION													SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.786.218	No		COLPENSIONES	30	$ 1.786.218	16%	SIN RIESGO	$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.800		NUEVA E.P.S.	30	$ 1.786.218	12,5%	$ 223.300	$
																					$ 285.800						$ 223.300	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES									
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 223.300			0	$ 0	0%	$ 0	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 1.786.218	0,522%	1	$ 9.400	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 223.300						$ 0						$ 9.400				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36383145		ALARCON ROJAS ADRIANA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12 N 4 B 19	LA PLATA-HUILA	8871109	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	856608369	9470439468	I	2024/08/13	2024/08/20	BANCOLOMBIA	7	$521,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,800	$1,500	$0	$287,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$285,800	$1,500	$0	$287,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$100	$0	$9,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$100	$0	$9,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,300	$1,200	$0	$224,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$223,300	$1,200	$0	$224,500
TOTAL				**1**	**$518,500**	**$2,800**	**$0**	**$521,300**

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

La Plata - Huila, 20 de agosto de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

SENA - CFP 419526
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2024-005765
21/08/2024 3:15:09 p. m.
Destinatario:

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	**1.145.827.613**	**JUAN FELIPE RAMOS ALARCÒN**	**HIJO**
T.I	**1.081.403.074**	**ANGELA MARÌA RAMOS ALARCÒN**	**HIJA**

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: ADRIANA MARCELA ALARCÒN ROJAS
C.C. 36383145 de La Plata Huila
aalarconr@sena.edu.co
3138409446

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.145.827.613

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51574734

51574734

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] 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	ALARCON

Nombre(s)

JUAN FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes AGO Día 14	MASCULINO	A	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	11462703-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ALARCON ROJAS ADRIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 36.383.145	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMOS CABRERA DANIEL FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 12.279.364	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMOS CABRERA DANIEL FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 12.279.364	

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 2012 Mes AGO Día 15	YOVIS OSWALDO TIERRADENTRO CAMERO Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

#141

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Adhesivo Copia Registro Civil 33404836-8

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

NUIP 1081403074

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42390494

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L 5 B

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

REGISTRADURIA DE LA PLATA COLOMBIA HUILA LA PLATA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMOS**********	ALARCON**********

Nombre(s)

ANGELA MARIA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes JUL Día 13	FEMENINO*******	O******	+ ****

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/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**********	A 6736928********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ALARCON ROJAS ADRIANA MARCELA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0036383145**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMOS CABRERA DANIEL FELIPE**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0012279364**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ALARCON ROJAS ADRIANA MARCELA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0036383145**********	

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 2007 Mes JUL Día 24	ABEL AMAYA TAPIERO********** 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 -