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	**61728-340331**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GILBERTO MURCIA RAMOS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	12.284.217	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	gmurcia@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	84583118267
IP/Nº de contacto:	83737	**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:	5789533/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**3624**	**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 SOFTWARE 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:**	$ 20.392.656
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 48.376.738
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.927.111

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		----------	**30422968**
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.	$ 6.125.378		
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 con la capacidad, seriedad, responsabilidad, profesionalismo y eficiencia, cumpliendo con la programación establecida con una duración de 164 horas en las siguientes formaciones: 2874006 - ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE - HORAS: 90. 2992209 - GESTIÓN ADMINISTRATIVA - HORAS: 24. 2992226 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICACIONES - HORAS: 20. 2873993 - TÉCNICO EN REDES ELÉCTRICAS – HORAS: 30. Total, horas actividades académicas: 164.

* Cumplí el objeto del contrato de manera personal con la capacidad, seriedad, responsabilidad, profesionalismo y eficiencia, cumpliendo con la programación establecida con previa concertación con la Coordinación.

* Realicé la debida verificación en el aplicativo de SOFIA PLUS, logrando evidenciar que los aprendices se encontraran en el estado "En formación", también emití el juicio evaluativo de los diferentes resultados de aprendizaje que se finalizaron a la fecha, de igual forma realicé y estructuré las carpetas que hacen parte del portafolio del instructor en el Drive, a la espera del funcionamiento

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

Gilberto Murcia Ramos

Firmado digitalmente por Gilberto Murcia Ramos
Fecha: 2024.08.22 11:29:16 -05'00'

GILBERTO MURCIA RAMOS
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 16:14:14 -05'00'

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	GILBERTO MURCIA RAMOS
IDENTIFICACIÓN:	CC-12284217
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-08-21
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-08-06
FECHA DE PAGO:	2024-08-20
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-07
PERÍODO SALUD:	2024-07
NÚMERO PLANILLA:	30422968
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30422968
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	$ 2.400	$ 223.300	$ 225.700
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.786.218	$ 0	$ 0	$ 3.000	$ 285.800	$ 288.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.786.218	$ 0	$ 0	$ 100	$ 9.400	$ 9.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 5.500	$ 518.500	$ 524.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/09/2024

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO

Período Pensión: 2024-07
Período Salud : 2024-07

Se certifica que en la fecha 2024-08-20 la empresa GILBERTO MURCIA RAMOS con documento de identificación CC 12284217 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante MURCIA RAMOS GILBERTO identificado con CC-12284217, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
CC-12284217	GILBERTO MURCIA RAMOS

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
30422968	I	2024-08-20	0,00522

Datos Administradoras

Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	800224808	230301	PORVENIR	30
EPS	900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30

PAGADO

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

La Plata - Huila, 21 de agosto de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

SENA - CFP 419526
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2024-005771
21/08/2024 6:13:32 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:

R.C.	**1.081.427.185**	**Sarah Valeria Murcia Solano**	**Hija**
R.C.	**1.145.833.851**	**Amir Josué Murcia Solano**	**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,

Gilberto Murcia Ramos

Nombre: GILBERTO MURCIA RAMOS
C.C. 12284217 de La Plata Huila
gmurcia@sena.edu.co
3134351159

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 24347 64

NUIP 1.081.427.185

Tipo de certificado | Datos Esenciales [ ] | Acreditar Parentesco [X]

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
MURCIA SOLANO SARAH VALERIA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo
Año 2022 Mes ENE Día 29 | FEMENINO | O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA HUILA LA PLATA

Fecha de Inscripción (Mes en letras) | Indicativo serial
Año 2022 Mes FEB Día 02 | 0061166449

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
SOLANO OTECA MARLY LIZETH

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.193.076.417 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
MURCIA RAMOS GILBERTO

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 12.284.217 | COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
SOLANO OTECA MARLY LIZETH

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.193.076.417

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio | Código
COLOMBIA HUILA LA PLATA | L 5 B

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2022 Mes FEB Día 02

Nombre y firma del funcionario
OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO
Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
2899736 3-3

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

240074207

NUIP 1145833851

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 240074207

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de	Código	D	U	W
X									

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MURCIA	SOLANO

Nombre(s)

AMIR JOSUÉ

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes ABR Día 29	MASCULINO	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	24044810952824

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SOLANO OTECA MARLY LIZETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1193076417	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MURCIA RAMOS GILBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 12284217	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MURCIA RAMOS GILBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 12284217	

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 2024 Mes MAY Día 02	OSMARY LORENA BARAJAS LONDOÑO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil
36396944-5

NÚMERO DE PREPARACIÓN 116004672