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 VALLE

CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**35811-868356**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HAROLD JOSE ZARATE CRUZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	14.883.228	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	hjzarate@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	84818971086
IP/Nº de contacto:	3185676796	**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:	6567984/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**239424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	5

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 13.396.635
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 18.159.883
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 8.931.090

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	4,46%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 260.474
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.763.248		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 9.228.793**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.842.093**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 260.474**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1065341325**
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	II	$ 18.700	$ 18.700
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 493.800	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 385.800	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 32.300	
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		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 15.492.229	$ 1.947.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 984.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.842.093,00	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	260.474,00	4,46%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8523 - GUADALAJARA D	13.397,00	0,300%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-UCEVA	22.328,00	0,500%
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	**$4.169.346,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Informe contractual del mes de septiembre de 2024

Entrega evidencias soportes necesarios para el pago del mes de septiembre 2024

Se anexa planilla de seguridad social mes de agosto 2024 No.1065341325

Se anexa soporte de pago de seguridad social del mes de agosto 2024

Se anexa soporte de fondo voluntario de pensión de agosto 2024

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

HAROLD JOSE ZARATE CRUZ
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,

LUDWIG MAURICIO ROJAS DELGADO
INSTRUCTOR G10

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
ALBETH MARTINEZ VALENCIA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

25/09/24 10:27:23 USUARIO: SIC -

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-09-12, 04:07:26 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1065341325

Periodo Cotización: agosto de 2024 **Periodo Servicio:** agosto de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810613187

PAGADO 12/09/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HAROLD ZARATE CRUZ		
Documento	CC14883228	**Dirección**	CR 15A #23 - 21
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3185676796
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	PALMIRA	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 14883228	HAROLD JOSE ZARATE CRUZ	59	05																	0	0	30	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS018) S.O.S EPS	$ 1.786.218	$ 223.300	1,044	$ 1.786.218	$ 18.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 0	$ 1.786.218	$ 1.786.218	$ 0	$ 0	$ 223.300	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.000	$ 1.100	$ 243.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



Puntored no te cobra por esta transacción Puntored Corresponsal Bancario Scotiabank Colpatria

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	**12/09/2024**
Hora	**15:44:35**
Terminal	**369834**
Convenio	**PILA PLANILLA ASI STIDA SIMPLE**
Cod. Convenio	**0408**
Referencia	**8810613187**
Valor	**$243,100**
Transacción	**000994149097**
Usuario	**JEIMY GUERRERO YU CO**

Línea de atención personalizada en Bogotá:
3487881 Resto del País: 01 8000 960 505

Aquí también puede pagar su tarjeta de
credito y creditos de consumo del Banco
Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El usuario autoriza a CONEXRED SAS (PUNTORED) para el tratamiento de los datos proporcionados para el envío de soportes electrónicos de las transacciones que realice en el punto, cuando ello sea requerido o solicitado por el Usuario, así mismo para realizar estudios de consumo y analítica de datos a través de los cuales PUNTORED pueda ampliar la oferta financiera, comercial y de servicios que le proporciona, para lo cual podrá contactarlo y adelantar campañas comerciales. Para conocer sus derechos, consulte la Política de Tratamiento disponible en www.puntored.co los cuales podrá ejercer a través del correo servicioal.cliente@puntored.co

porvenir

COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN

Fondo Voluntario de Pensión

No. 42480346

CUENTAS RECAUDADORAS

Banco AV Villas	000 - 25777-4	Bbva de Occidente	256- 03684-9
Banco de Bogotá	000 - 36472-1	Banco Popular	150- 21309-8

CC, NIT, CE, TI, RC: 74 8 8 3 7 2 8

*DISTRIBUCIÓN O CLAVE DE PORVENIR: 1 0 8 2 3 7 2 8

ANEXOS: Cheques ☐ Listado ☐ No. de hojas _____

*Deberá indicarse el número de la distribución, de la consigna, el aporte se acreditará teniendo en cuenta las plantillas definidas por defecto en la cuenta individual.
FAVOR ANOTAR EL NÚMERO DE LA CUENTA RECAUDADORA AL REVERSO DEL CHEQUE

DEPÓSITO **

COD. BCO.	No. DEL CHEQUE LOCAL	VALOR $

EFECTIVO: 300.000

NOMBRE DEL CLIENTE: Harold J. Zorrate — TELÉFONO: 3185676776

(415)7709998002197(8020)0042480346

ESPACIO PARA TIMBRE

BCO.OCC # 89729 215 10:00:37 2024/08/20
FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES PORVENIR
65471974 # ********6849 ****** MC
OFI 030 300,000.00 D
300,000.00 EF
0.00 CH

******
Referencia1 : 14883228
Referencia2 : 42480346
"COPIA" Normal

PARA TODOS LOS EFECTOS SE TOMARÁ COMO VALIDA LA FECHA DEL TIMBRE O SELLO DE LA ENTIDAD RECAUDADORA

— CLIENTE —