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 GUAVIARE

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE

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

Código Regional	**95**
Código Centro	**953310**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**23200-259666**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIO HUMBERTO SANCHEZ ARENAS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	15.924.640	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mario80@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	91238560077
IP/Nº de contacto:	85321	**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:	5778851/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**3124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FPI, QUE SE EJECUTE EN MARCO PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA MEDIA ÁREA PRODUCCIÓN AGROPECUARIA, QUE IMPARTE EL CDATTG EN EL DPTO GUAVIARE. RDO CPE NO. 95-9-2024-000162.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 13.693.334
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 42.396.667
Valor Bruto Pago:	**$ 3.950.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 9.743.334

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.950.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.950.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.316.200**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7936788331**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.580.000	$ 1.580.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 197.500	$ 197.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 252.800	$ 252.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 16.500	$ 16.500
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
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		$ 395.000	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 772.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.615.450		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.316.200,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Pro-Univesidad de la Amazonia	19.750,00	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	**$3.930.250,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 2705387 PRODUCCION AGROPECUARIA (INELAG) Trabajos teórico practico en Sanidad animal

Ficha 2705380 PRODUCCIÓN AGROPECUARIA (CAPRICHO) Trabajos teórico practico en Sanidad animal

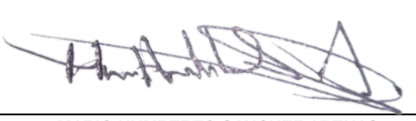
Ficha 2917085 SISTEMAS AGROPECUARIOS ECOLOGICOS (NODO 8) Trabajos teórico prácticos en manejo integrado del cultivo.

Ficha 2929549 SISTEMAS AGROPECUARIOS ECOLÓGICOS (RESBALÓN) Trabajos teórico prácticos en manejo integrado del cultivo.

Ficha 2705382 PRODUCCION AGROPECUARIA (RESBALON) Trabajos teórico prácticos en manejo integrado del cultivo.

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



MARIO HUMBERTO SANCHEZ ARENAS
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,

EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
COORDINADOR ACADÉMICO

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
GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

11/09/24 13:07:07 USUARIO: SIC - C.C. 15924640

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	15924640
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIO HUMBERTO SANCHEZ ARENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN JOSE DEL GUAVIARE	DEPARTAMENTO:	GUAVIARE
DIRECCIÓN:	CRR 24 N. 6-77 B. VEINTE DE	TELÉFONO:	5849067
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7936788331**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/09/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		895503439

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 252.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 252.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 197.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 197.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 16.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 16.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 466.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 466.800**

Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José Del Guaviare, **12 de septiembre de 2024**

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
San José Del Guaviare

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.	**1.120.583.106**	**ANGEL CAMILO SANCHEZ ALFONSO**	**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: Mario Humberto Sánchez Arenas

C.C. 15.924.640

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 5118652

NUIP 1.120.583.106

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
SANCHEZ ALFONSO ANGEL CAMILO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)
Año 2017 Mes ENE Día 12

Sexo (en letras): MASCULINO

Tipo Sanguíneo: O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Fecha de Inscripción (Mes en letras)
Año 2017 Mes ENE Día 19

Indicativo serial: 0054641944

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ALFONSO MELGAREJO ANDREA LILIANA

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.123.084.042

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
SANCHEZ ARENAS MARIO HUMBERTO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 15.924.640

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
SANCHEZ ARENAS MARIO HUMBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 15.924.640

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Código: X2R

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2017 Mes ENE Día 19

Nombre y firma del funcionario

WILLIAM HERNANDEZ
Registrador del Estado Civil

Archivo Copia Registro Civil
20023798-1