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 DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**05771-975578**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ESTEBAN DUEÑAS CIPAGAUTA	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	74.377.377	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	eduenasc@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	8852028834
IP/Nº de contacto:	3123656700	**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:	5885466/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**11324**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.5885466 PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA RED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN DEL SENA CON LA EDUCACIÓN MEDIA DEL CENTRO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024**	**Al**	**31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 7.209.411
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 33.425.451
Valor Bruto Pago:			**$ 3.277.005,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 3.932.406

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.277.005	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	**$ 3.277.005**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.926.704**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1066620775**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.310.802	$ 1.310.802
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 163.900	$ 163.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 209.800	$ 209.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.900	$ 6.900
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		$ 327.701	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 642.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.136.176		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.926.704,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.903.305,00	
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 - 8560 - CARTAGO	5.807,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-UCEVA	16.385,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
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	**$3.254.813,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS TRECE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral en el programa en elaboración de objetos artesanales en semillas y maderables

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

ESTEBAN DUEÑAS CIPAGAUTA
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,

JHON JAIRO ALZATE RAMIREZ
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
MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHORTUA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

21/10/24 13:28:33 USUARIO: SIC - C.C. 74377377

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-09-27, 12:22:43 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1066620775

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810492149

PAGADO 27/09/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ESTEBAN DUENAS CIPAGAUTA		
Documento	CC74377377	**Dirección**	CR 14 D No 18 12
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3123656700
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CARTAGO	**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 74377377	ESTEBAN DUEÑAS CIPAGAUTA	57	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.312.000	$ 210.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.312.000	$ 164.000	0,522	$ 1.312.000	$ 6.900	(CCF57) COMFANDI	$ 1.312.000	$ 7.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 388.800

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
$ 1.312.000	$ 1.312.000	$ 1.312.000	$ 1.312.000	$ 210.000	$ 164.000	$ 6.900	$ 7.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 388.800	$ 0	$ 388.800

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.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago - OCTUBRE 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE
(SENA) CALI

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:

RC	1057982522	JUAN CAMILO DUEÑAS ALBARRACIN	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



ESTEBAN DUEÑAS CIPAGAUTA
C.C. 74377377

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1057982522.

Indicativo Serial 51019694

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E Y M

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

COLOMBIA. BOYACA, SOGAMOSO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DUEÑAS	ALBARRACIN

Nombre(s)

JUAN CAMILO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes NOV Día 25	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA. BOYACA. SOGAMOSO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10411298-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ALBARRACIN SEPULVEDA DIANA CONSTANZA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 53.009.157 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

DUEÑAS CIPAGAUTA ESTEBAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 74.377.377 DE DUITAMA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DUEÑAS CIPAGAUTA ESTEBAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No. 74.377.377 DE DUITAMA	X

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

NOTARIA PRIMERA DE SOGAMOSO
ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL
QUE REPOSA EN ESTE DESPACHO
ESTA NOTARIA.
09 DIC 2010

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

NOTARIA PRIMERA SOGAMOSO - BOYACA
LUZ BETTY ZUÑIGA DE PÉREZ NOTARIO (E)

Fecha de inscripción

Año 2010 Mes DIC Día 09

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma

NOTARIA PRIMERA SOGAMOSO - BOYACA
LUZ BETTY ZUÑIGA DE PÉREZ NOTARIO (E)

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

NOTARIA PRIMERA SOGAMOSO - BOYACA
LUZ BETTY ZUÑIGA DE PÉREZ NOTARIO (E)

ESPACIO PARA NOTAS

L.V. 560 TOMO 8/2010.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -