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	**Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**91798-311031**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	TANIA MARCELA MUÑOZ ESPAÑA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	36.382.919	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	tmunoz@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	84559596743
IP/Nº de contacto:	8370987	**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:	5789373/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**3524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

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 mercadeo y demás programas de formación relacionadas con el perfil del instructor.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024 Al 31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.866.160
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 46.590.520
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 6.400.615

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	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	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.625.490**	**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		----------	**9473917241**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I		$ 9.400	$ 9.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8544	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 446.555		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 875.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 8.546.761					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.465.545,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realice actividades de desarrollo curricular

Gestión Empresarial, ficha No. 2873625: 35,00 horas

Gestión contable y de Información Financiera ficha: 2846834, 24 Horas

Complementario COMPORTAMIENTO EMPRENDEDOR, ficha No. 3104689. La Plata Huila 48,00 horas.

Gestión Agroempresarial, ficha No. 2879601, 12 horas

Gestión Agroempresarial, ficha No. 2758218, 24 horas

Gestión agroempresarial ficha 3070385. 18 horas

Horas formación académica: 160 Horas

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

TANIA MARCELA MUÑOZ ESPAÑA
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 Greicy Lorena Bernal Serrato

GREICY LORENA BERNAL SERRATO
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: 2024.10.25 11:33:18 -05'00'

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36382919		MUÑOZ ESPAÑA TANIA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 8 NO 9A 03	LA PLATA-HUILA	8370279	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	981003751	9473917241	I	2024/10/04	2024/10/15	BANCOLOMBIA	11	$522,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	36382919	MUÑOZ TANIA																		230301	30	$1,786,218	$285,800	EPS005	30	$1,786,218	$223,300		0	$0	$0	14-11	30	$1,786,218	$9,400	0	$0	$0	No	$518,500
Total	**Afiliados(1)**																						$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0		$518,500

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36382919		MUÑOZ ESPAÑA TANIA MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 8 NO 9A 03	LA PLATA-HUILA	8370279	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	981003751	9473917241	I	2024/10/04	2024/10/15	BANCOLOMBIA	11	$522,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,800	$2,300	$0	$288,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$285,800	$2,300	$0	$288,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$100	$0	$9,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$9,400	$100	$0	$9,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,300	$1,800	$0	$225,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$223,300	$1,800	$0	$225,100
TOTAL				1	$518,500	$4,200	$0	$522,700

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

La Plata - Huila, 20 de agosto de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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	**1145824576**	**RAFAEL OSPITIA MUÑOZ**	**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: TANIA MARCELA MUÑOZ ESPAÑA
C.C. 36382919 de La Plata Huila
tmmunoz@sena.edu.co
3112893154

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1145824576

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42625077

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código

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

REGISTRADURIA DE LA PLATA H.D. S.A DE PRADUA COLOMBIA HUILA LA PLATA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OSPITIA	MUÑOZ

Nombre(s): RAFAEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes ABR Día 18	MASCULINO	O	+

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	50172863-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MUÑOZ ESPAÑA TANIA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0036382919	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: OSPITIA THOLA RAFAEL ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0012277905	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MUÑOZ ESPAÑA TANIA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0036382919	Tania M. Muñoz

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 2008 Mes ABR Día 22	ABEL AMAYA TAPIERO
	Nombre y firma

Impreso por Supapeles S.A. Nit 860 028 580 2 www.supapeles.com 87369

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner