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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN INDUSTRIAL- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921110**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**62925-830427**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HECTOR GUILLERMO GOMEZ MURCIA	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.014.213.361	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	hecgui.gomez@googlemail.com	**Número de Cuenta:**	24091122142
IP/Nº de contacto:	3108009760	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
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:	5856694/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**10924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de titulada y/o complementaria y demàs actividades derivadas de formaciòn que se le asignen ,aplicando las metodologías y criterios técnico pedagógicos

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024**	**Al**	**30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 6.400.615
Número de pago	**10**			**Valor Total del Contrato:**	$ 46.590.520
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 1.935.070

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	**$ 2.632.890**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**31242182**
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	V	$ -	$ 0
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		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 877.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.846.946		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.632.890,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
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 - 85232 - BOGOTÁ	38.219,00	0,966%
-	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	**$4.427.326,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación Trabajo en Alturas - Reentrenamiento Trabajador Autorizado GRTA 30 - Capacitación Teórica y Práctica

Formación Trabajo en Alturas - Nivel Coordinador de Trabajo en Alturas GCTA 03 - Capacitación Teórica y Práctica

Formación Trabajo en Alturas - Nivel Trabajador Autorizado GTA 52 - Capacitación Práctica

Formación Trabajo en Alturas - Reentrenamiento Trabajador Autorizado GRTA 32 - Capacitación Teórica y Práctica

Formación Trabajo en Alturas - Nivel Trabajador Autorizado GTA 54 - Capacitación Práctica

Formación Trabajo en Alturas - Nivel Trabajador Autorizado GTA 57 - Capacitación Teórica y Práctica

Alistamiento de la Formación Trabajo en Alturas

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

HECTOR GUILLERMO GOMEZ MURCIA
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,

SONIA PATRICIA RINCON PRIETO
INSTRUCTOR G14

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
MONICA ANDRADE RIOS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

12/11/24 07:37:25 USUARIO: SIC - C.C. 1014213361

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1014213361	0	HECTOR GUILLERMO GOMEZ MURCIA	I	0	SINARP - SINARP	ÚNICA	8543	Natural
MUN-DEP	**DIRECCIÓN**		**TELÉFONO**			**EMAIL**		**EXENTO DE PARAFISCALES**
11-1	CALLE 69 117-15		3108009760			HECGUI.GOMEZ@GOOGLEMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-10	2024-10	31242182	I	2024-11-05	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	509.100	0	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
Nº AFILIADOS	**REF. DE PAGO (PIN)**	**FECHA LÍMITE PAGO**	**ESTADO PLANILLA**							
1	31242182	2024-11-18	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 1014213361	GOMEZ MURCIA HECTOR GUILLERMO	1.786.218																	0			30	30	0	0	PROTECCION -230201	1.786.218	285.800	0	0	SANITAS-EPS005	1.786.218	223.300	SIN CCF-SINCCF	0	0	0	0	0,00000	0	0	0	0	0	03	0	509.100	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1014213361	0	HECTOR GUILLERMO GOMEZ MURCIA	I	0	SINARP - SINARP	ÚNICA	8543	Natural
MUN-DEP	**DIRECCIÓN**		**TELÉFONO**			**EMAIL**		**EXENTO DE PARAFISCALES**
11-1	CALLE 69 117-15		3108009760			HECGUI.GOMEZ@GOOGLEMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-10	2024-10	31242182	I	2024-11-05	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	509.100	0	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
Nº AFILIADOS	**REF. DE PAGO (PIN)**	**FECHA LÍMITE PAGO**	**ESTADO PLANILLA**							
1	31242182	2024-11-18	Pagada							

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.786.218	1.786.218	0	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	285.800	0	0	0	285.800
PROTECCION	230201	800229739	0	1	285.800	0	0	0	285.800
EPS(Administradoras: 1)				1	223.300	0	0	0	223.300
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	223.300	0	0	0	223.300
Gran Total					509.100	0	0	0	509.100

PSE Transacción Aprobada - CUS 1022605552

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: hecgui.gomez@gmail.com

2 de noviembre de 2024, 8:37



¡Hola, Hector Guillermo Gomez Murcia!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO CAJA SOCIAL y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1022605552
Empresa: ASOPAGOS
Descripción: Pago de seguridad Social Integrado
Valor de la Transacción: $ 509.100
Fecha de Transacción: 02/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

ACH Colombia Oficial
@ACHColombia_
ACHColombiaOficial
ACH Colombia Oficial

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 14 de febrero 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:

NUIP - NIP	**1146147540**	**Linda Angelica Gómez Cifuentes**	**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 dela 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: Héctor Guillermo Gómez Murcia

C.C. 1014213361 de Bogotá

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1146147540

Indicativo Serial: 58182886

5819288 6

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D V D

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 74 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido: GOMEZ

Segundo Apellido: CIFUENTES

Nombre(s): LINDA ANGELICA

Fecha de nacimiento: Año 2020 Mes MAY Día 08

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: O

Factor Rh: POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 15998786

Datos de madre o padre (Para casos de parejas indígenas con lazo matrimonial o parejas del mismo sexo, acudir al preparador que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: CIFUENTES GONZALEZ SONIA MAYURY

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1012415724

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de parejas indígenas con lazo matrimonial o parejas del mismo sexo, acudir al preparador que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: GOMEZ MURCIA HECTOR GUILLERMO

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1014213361

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GOMEZ MURCIA HECTOR GUILLERMO

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1014213361

Firma

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: Año 2020 Mes MAY Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LEONARDO AUGUSTO TORRES CALDERÓN

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

LEONARDO AUGUSTO TORRES CALDERÓN

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:CN - LIBRO DE VARIOS 85 FOLIO 228.;18/05/2020

*ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Nit. 800.126.785 – 7

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Emermédica certifica que HECTOR GUILLERMO GOMEZ CASTRO con número de identificación 17199929, se encuentra

Fecha de afiliación: 7/10/2023

Estado de afiliación: ACTIVO

Esta certificación se expide a quien interese a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá, a los (el) 12 día(s) del mes 11 del año 2024

La certificación tiene validez de 30 días calendario a partir de la fecha de expedición.

Cordialmente,



Gerente de Clientes y Procesos
Emermédica S.A.

Los invitamos a consultar los beneficiarios adicionales que tiene como afiliado a Emermédica en emermedica.com.co.

Con el respaldo de AXA COLPATRIA reinventando los seguros

Gmail

Héctor Guillermo Gómez Murcia <hecgui.gomez@googlemail.com>

Transacción aprobada en Emermedica - Cuota Periodica - Sitio Web [791334]

1 mensaje

PlacetoPay <no-reply@placetopay.com>
Para: HECGUI.GOMEZ@googlemail.com

6 de noviembre de 2024, 9:17

placetopay by evertec



Hola **HECTOR GUILLERMO GOMEZ MURCIA**

La transacción en **Emermedica - Cuota Periodica - Sitio Web** por un valor de $230.328,00 ha sido APROBADA

Fecha	2024-11-06 09:14:52 GMT-05:00
Referencia	791334
Valor	$230.328,00
Descripción	Pago Emermédica
Medio de pago	Cuentas débito ahorro y corriente (PSE)
Autorización	1031729735
Recibo	1646234002

Si tienes alguna pregunta sobre tu compra, como el envío o la emisión del comprobante, te recomendamos contactarte con un asesor del comercio.

E-mail de contacto tesoreria@emermedica.com.co

evertec

Te ofrecemos los mejores medios de pago

Conócelos aquí

Este correo electrónico ha sido enviado desde una dirección exclusiva para notificaciones, la cual no puede recibir respuestas. Por favor, evite responder a este mensaje. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comunicarse directamente con el comercio al que realizó el pago.