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 CESAR

CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR

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

Código Regional	**20**
Código Centro	**952010**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**35440-616844**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JULIO ALFONSO SEÑA SUAREZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	72.246.675	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	julio@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	488445506394
IP/Nº de contacto:	31781988	**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:	6010176/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**148524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: EN EL ÁREA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE MOTOCICLETAS Y MOTOCARROS PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL EN EL PROGRAMA DE DESPLAZADOS DEL CENTRO AGROEMPRESARIAL CPE NO. 20-9-2024-005943

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024**	**Al**	**31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 8.400.604
Número de pago	**5**			**Valor Total del Contrato:**	$ 20.943.972
Valor Bruto Pago:			**$ 3.452.303,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 4.948.301

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.452.303	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	4,91%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 295.990
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 6.904.606		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 10.356.909**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 6.029.018**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 295.990**

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**2330998154**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.380.921	$ 1.380.921
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 172.700	$ 172.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 221.000	$ 221.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 33.700	$ 33.700
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 442.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 345.400	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 67.400	
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		$ 1.035.691	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 2.010.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.325.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	6.029.018,00	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	295.990,00	4,91%
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-Universidad	17.262,00	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	**$3.139.051,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir la formación profesional presencial en los programas de formación complementaria desplazada

PROGRAMA – MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE MOTOCICLETAS Y MOTOCARROS Ficha: 3095948-3079443-3095949-3107513

Planear y ejecutar el proceso de planeación pedagógica, proyección de guías, y planes de trabajo, desarrollando medios didacticos

Usar los Instrumentos de reconocimientos de saberes previos a los aprendices de las fichas asignadas Teniendo en cuenta la competenc

Llevar las asistencias de los aprendices en los diferentes programas de formación complementaria (Formato no controlado)

Asociar a los aprendices en el aplicativo Sofía plus de formación complementaria desplazada correspondiente del mes de Octubre

Emitir juicios evaluativos de los programas de formación asignados en el mes de octubre PROGRAMA – MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE MOTOCIC

Usar las diferentes plataformas tecnológicas institucionales para el eficaz desarrollo del proceso de formación y el registro

Desplazarme al municipio de Pailitas-La Gloria, con el fin de impartir formación profesional en el programa

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



JULIO ALFONSO SEÑA SUAREZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

HENRY ALEXANDER FLECHAS PEÑA
INSTRUCTOR G16

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
SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

17/10/24 21:05:41 USUARIO: SIC - C.C. 72246675

PAGOS ONLINE.NET

PAGOS SEGUROS EN LINEA

Nit: 63551866-1

Operador PILA: ASOPAGOS
Impuestos Departamentales de Vehículos
Seguridad Social y Parafiscales
Facturas Nacionales y Servicios locales

Pagos de facturas y servicios

Recargas en línea

Departamental y Municipal

Su transacción ha sido realizada exitosamente.

Fecha	15/10/2024 02:38:10 PM
Forma de pago	Efectivo / Recaudo Electrónico PSE
Caja # / Sucursal	02 / Aguachica
Periodo Cotización	Septiembre de 2024
Número Transacción	5
Estado	RECIBIDO

La Autoliquidación Integrada contiene los siguientes datos:

Cotizante	JULIO ALFONSO SEÑA SUAREZ
Doc. Identificación	CC - 72246675
Número Control Interno	2024- 00288039
Numero Planilla Asopagos	2330998154 NUEVO SOI
Tipo Cotizante	Independiente

TIPO	CODIGO	EMPRESA	BASE	INTERES	SUBTOTAL
EPS	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	$ 172.700	$ 900	$ 173.600
ARP	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$ 33.700	$ 200	$ 33.900
AFP	230301	PORVENIR	$ 221.000	$ 1.100	$ 222.100
Costos de Recaudo					$ 9.500
Total a pagar					$ 439.100

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

15 OCT 2024

EFECTIVO

Firma / Sello Caja

Observaciones: Operador de Recaudo: Banco de Occidente y Davivienda; Pagos realizados después de 3:00 p.m. y fines de semana son certificados en corte del día hábil siguiente. Para aclarar pagos ante la EPS, descargue el certificado de Aportes de la página www.asopagos.com → Certificado de Aportes

Recuérde: Debe realizar la respectiva afiliación ante la EPS, pensión y ARL; el pago de la planilla no exime del respectivo proceso de afiliación.

Dirección: Carrera 18 # 4-63 – 3114163836
www.pagos-online.net – e-mail: soporte@pagos-online.net
Aguachica, Cesar

Fact: Octubre - 2024

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Aguachica-Cesar, 15 de Octubre 2024

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deduciblede la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales yen 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	**1101202888**	**JOSE ANGEL SEÑA ROJAS**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente menores de 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



JULIO ALFONSO SEÑA SUAREZ
Contratista
C.C. No. 72246675 de Barranquilla

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40765300

NUIP 1101202688

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 5 F

Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SABANA DE TORRES COLOMBIA SANTANDER SABANA DE TORRE

Datos del inscrito

Primer Apellido: SERA

Segundo Apellido: BOTAS

Nombre(s): JOSE ANGEL

Fecha de nacimiento: Año 2007 Mes 01 Día 30

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo Sanguíneo: AB

Factor Rh: +

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

COLOMBIA SANTANDER SABANA DE TORRES

Tipo de documento antecedente o Declaración de nacimiento: VECTICOS

Número de Identificación Personal:

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ROJAS DIAZ MARIA EUGENIA

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1037878652

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SERA SUAREZ JULIO ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0072246875

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SERA SUAREZ JULIO ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0072246875

Firma: Julio A Sera

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: RINCON GOMEZ YENNI CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1101201430

Firma: Yenni C. Rincón

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: UNIBE PINEDA DUVER

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0077132578

Firma: Duber Pineda

Fecha de inscripción: Año 2008 Mes ENE Día 09

Nombre y firma del funcionario que autoriza: HECTOR [illegible] ORTIZ CARDOZO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —