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 SANTANDER

DESPACHO DIRECCION

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**101068**
Fecha Elaboración	**24 de Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**00830-758833**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SERGIO AUGUSTO HERNANDEZ MORENO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	91.489.251	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	sahernandez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	08913128401
IP/Nº de contacto:	0	**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	SI
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:	5831607/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**9624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES DE ABOGADO EXTERNO PARA REPRESENTAR JUDICIAL Y EXTRAJUDICIALMENTE AL SENA - REGIONAL SANTANDER EN LOS PROCESOS ASIGNADOS ASI COMO PARA APOYAR EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES PL 11M Y 3D VR MES $7.000.000

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024 Al 31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 21.000.000
Número de pago	**10**	**Valor Total del Contrato:**	$ 77.700.000
Valor Bruto Pago:	**$ 7.000.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 14.000.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 7.000.000	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	**$ 7.000.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.115.300**	**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		----------	**31034280**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.800.000	$ 2.800.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 350.000	$ 350.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 448.000	$ 448.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 14.700	$ 14.700
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		$ 700.000	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 1.372.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 11.424.375		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.115.300,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	6.202.000,00	
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 - 8211 - BUCARAMANGA	55.818,00	0,900%
-	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%
Sobretasa Bomberil	5.582,00	10,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$6.938.600,00**	

SON: SEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

se contestó requerimiento al auto de pruebas del juzgado 14 administrativo del caso RUBEN DARIO MORENO QUINTERO

Se asiste a audiencia prejudicial a realizar el día 21 de octubre de 2024, ante la Procuraduría 101 Judicial I delegada

Se notifica de la sentencia de la demandante LILIANA ARCINIEGAS. J09 ADTVO Bga.Radicación: 68001333300920220029 4

Se realizo actualización de información en la plataforma E-KOGUI.

Se asistió a la reunión convocada por el señor Director Regional, en relación a la visita de auditoría de Contraloria Gral

Se realiza vigilancia judicial, se bajan expedientes digitales y se cumple según la necesidad

Se siguen alimentando la información asignada en el REPOSITORIO SHARE POINT expedientes digitales

Se estudio y elaboración de fichas de conciliación prejudicial pal Comité de Defensa Judicial de la Entidad.

Se asistió el día 09 de octubre de 2024, a reunión con la Dirección Jurídica con el fin de evaluar la adjudicación recursos para pagos

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

SERGIO AUGUSTO HERNANDEZ MORENO
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,

CAMPO ELIAS GUTIERREZ POLANIA
PROFESIONAL G10

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
JOSÉ WILSON CARRERO MALDONADO
DIRECTOR REGIONAL A G08

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SERGIO AUGUSTO HERNANDEZ MORENO
IDENTIFICACIÓN:	CC-91489251
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-10-17
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-17
FECHA DE PAGO:	2024-10-17
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-09
NÚMERO PLANILLA:	31034280
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31034280
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 2.800.000	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 350.000	$ 351.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 2.800.000	$ 0	$ 0	$ 2.000	$ 448.000	$ 450.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.800.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 14.700	$ 14.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 3.700	$ 812.700	$ 816.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/11/2024

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-91489251 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2024-09	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	6	448.000	2.000	450.000
Período salud:	2024-09	EPS005	800251440	SANITAS	1	6	350.000	1.600	351.600
Planilla Nro.:	31034280 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	6	14.700	100	14.800
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	6	0	0	0
Fecha transacción:	2024-10-17	PASENA	899999034	SENA	0	6	0	0	0
Banco:	1507	PAICBF	899999239	ICBF	0	6	0	0	0
Transacción:	988333064	PAESAP	899999054	ESAP	0	6	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	6	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 816.400

PAGADO

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de Octubre de 2024

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Bucaramanga

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.	**1.097.795.644**	**DAVID MANUEL HERNANDEZ**	**HIJO**

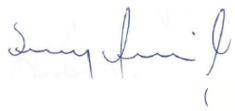
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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,



_____
SERGIO HERNANDEZ MORENO
C.C. 91.489.251

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1097795644

Indicativo Serial 58260336

5826033 6

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	9	☐	☐	☐	Q 7 E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	PABON **********

Nombre(s)

DAVID MANUEL **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes FEB Día 15	Masculino	O	Negativo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	170846901

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PABON HERNANDEZ DIANA LUCIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.37.842.317	COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ MORENO SERGIO AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.489.251	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ MORENO SERGIO AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.489.251	

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 2022 Mes FEB Día 17	SANDY JOHANNA BAYONA GOMEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	SANDY JOHANNA BAYONA GOMEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

PASADO AL LIBRO DE VARIOS TOMO: 002 FOLIO:152

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Impr. por OPTAR S.A. PBX (1) 3110501. Bogotá - para IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA