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** | **Noviembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **44091-521367** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | CARLOS ALBERTO RAMIREZ GIRALDO | **Banco a consignar:** | AV VILLAS |
| **Cédula de Ciudadanía** | 16.230.995 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | caramirez599@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 185929036 |
| **IP/Nº de contacto:** | 23609 | **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** | 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:** | 5847198/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **4524** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.5847198 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA RED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA, EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, EN LAS MODALIDADES PRESENCI |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/11/2024 Al 30/11/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 6.698.318 |
| **Número de pago** | **10** | **Valor Total del Contrato:** | $ 46.888.223 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 2.232.773 |

## 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

| | | Noviembre | Octubre |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **8810389522** |
| **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 I | | $ 9.400 | $ 9.400 |
| 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 | $ 875.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 8.289.123 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.625.490,00 | 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 - 8560 - CARTAGO | 7.913,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Pro-UCEVA | 22.328,00 | 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** | **$4.435.304,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACION DE CULTURA FISICA A LAS FICHAS ASIGNADAS POR COORDINACION ACADEMICA

SEGURIDAD SOCIAL MES DE OCTUBRE 2024

CERTIFICADO DE DEPENDIENTES NOVIEMBRE 2024

**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

**CARLOS ALBERTO RAMIREZ GIRALDO**
**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,

**JUAN CARLOS DIAZ POSADA**
**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)**

25/11/24 11:11:47 USUARIO: SIC - C.C. 16230995

# PAGOSIMPLE | Prefactura

**Fecha creación reporte:** 2024-11-05, 08:25:52 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

**Periodo Cotización:** octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810389522

**Fecha limite de pago:** 2024-11-26

**GUARDADA 16/10/2024**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CARLOS ALBERTO RAMIREZ GIRALDO | | | | |
| **Documento** | CC16230995 | **Dirección** | CRA 2 N 1920 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3128795614 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | CARTAGO | **Departamento** | VALLE DEL CAUCA | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | 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 | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 16230995 | RAMIREZ GIRALDO CARLOS ALBERTO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | COLPENSIONES | $ 1.786.218 | $ 285.800 | EPS SANITAS | $ 1.786.218 | $ 223.300 | POSITIVA DE SEGUROS | $ 1.786.218 | $ 9.400 | COMFENALCO VALLE | $ 1.786.218 | $ 35.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 554.300 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.786.218 | $ 1.786.218 | $ 1.786.218 | $ 1.786.218 | $ 285.800 | $ 0 | $ 0 | $ 223.300 | $ 9.400 | $ 35.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 554.300 | $ 0 | $ 554.300 |

## IV.INFORMACION

| Día hábil de pago sin mora |
|---|
| 16 |

| Periodo cotización salud | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

0991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8810389522(3900)0000000(96)20991231

SINFI
PAGOS SIN FILAS
CORRESPONSAL BANCARIO
puntored
nov 5 2024 8 29 AM
CRA 4 11 28 CARTAGO CENTRO
TRANSAC 0898
CODIGO 387330 RECAUDO SIMPLI
OPERACION 08810389522
CUENTA
PRODUCTO
CUENTA NUM
VALOR 554.300

**les: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOVIiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - MOVii – ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/**



**4 - 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!**

**imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

NUIP 1111141154999

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42062213

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduria ☐ Notaría XXX Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código V8j

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

COLOMBIA VALLE CARTAGO

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| RAMIREZ | GARCIA |

Nombre(s)

JUAN DAVID

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2009 Mes MAR Día 26 | MASULINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA VALLE CARTAGO

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 51457074 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos

GARCIA JIMENEZ EUCARIS DEL SOCORRO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 31.406.281 DE CARTAGO . VALLE | COLOMBIANA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ GIRALDO CARLOS ALBERTO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C . 16.230.995 DE CARTAGO.VALLE | COLOMBIANA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ GIRALDO CARLOS ALBERTO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 16.230.995 DE CARTAGO.VALLE | |

*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 2009 Mes ABR Día 06 | MYRIAM GIRALDO HERRERA |
| | Nombre y firma |

| *Reconocimiento - Testimonio* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento* |
|---|---|
| | Nombre y Firma |

ESPACIO PARA NOTAS

Libro de varios tomo 56 folio 112

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

3122260241 *

Vigilada por la Superintendencia de Notariado y Registro

EL SUSCRITO NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO
DE CARTAGO VALLE

DESPACHADO 23 ABR 2015

CERTIFICA:

QUE ESTA FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL DEL LIBRO DE REGISTRO CIVIL DE: NACIMIENTO X MATRIMONIO ____ DEFUNCIÓN___ QUE REPOSA EN ESTA NOTARÍA Y OBRA AL TOMO 229 FOLIO 92062213. ES PLENA PRUEBA DEL ESTADO CIVIL Y SE EXPIDE PARA: DOCUMENTOS PARÁ CONSTANCIA SE FIRMA EN CARTAGO VALLE.
ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE.

LUIS ENRIQUE BECERRA DELGADO
NOTARIO SEGUNDO

Dirección: Carrera 4 No. 11-82 Teléfonos: 211-2000 y 212-5217
Email:notariadoscartago@gmail.com

NOTARIA SEGUNDA DE CARTAGO
EN BLANCO

NOTARIA SEGUNDA DE CARTAGO
EN BLANCO

**FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

CARTAGO VALLE 25-11-2024

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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **TI** | **1.114.154.999** | **JUAN DAVID RAMIREZ GARCIA** | **Hijo(a)** |

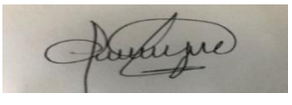
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



CARLOS ALBERTO RAMIREZ GIRALDO
C.C. 16230995