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

CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER

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

Código Regional	68
Código Centro	954110
Fecha Elaboración	31 de Octubre de 2024
Versión	MARZO 2024 - 2,24
ID de Proceso	79881-172678

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MONICA GONZALEZ CASTILLO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	37.892.622	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mgonzalezca@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	32200002640
IP/N° de contacto:	3013203970	**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

N° del contrato:	6327689/2024	**N° Compromiso SIIF**	**113224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA APOYAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE NIVEL TÉCNICO PROGRAMADA POR EL CENTRO PARA EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA: PL 6 M 11D VR 4.465.545

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024**	**Al**	**31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 8.931.090
Número de pago	**6**			**Valor Total del Contrato:**	$ 28.430.637
Valor Bruto Pago:		**$ 4.465.545,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 4.465.545

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	**$ 2.618.190**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		----------	**30776647**
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	II	$ 18.700	$ 18.700
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		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 873.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.080.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.618.190,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.465.545,00	
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 - 8551 - SOCORRO	5.954,00	0,500%
Reteica - 8551 - SAN GIL	0,00	0,000%
-	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	**$4.459.591,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA 2932267 MOGOTES AA: ELABORAR LOS DOC DE LOS PROC ADM.DIAS: OCTUBRE 1,8,15,22 Y 29 TOTAL HORAS: 25

FICHA 2932267 MOGOTES AA: APLICAR EN LA RESOLUCION DE PROBLEMAS REALES DEL SECTOR PRODUCTIVO. DIAS: OCTUBRE 1 Y 15 TOTAL HORAS 10

FICHA 2917622 CURITI AA: ELABORAR LOS DOC DE LOS PROC Y PROC ADM, DIAS: OCTUBRE 5,7,12,19,21,26 Y 28 TOTAL HORAS 38

FICHA 2917622 CURITI AA: APLICAR EN LA RESOLUCION DE PROBLEMAS REALES DEL SECTOR PRODUCTIVO. DIAS: OCTUBRE 21 Y 28 TOTAL HORAS 10

FICHA 2902504 SOCORRO AA: ELABORAR LOS DOC DE LOS PROC Y PROC ADM, DIAS: OCTUBRE 3,4,10,11,17,18,24,25 Y 31 TOTAL HORAS 49

FICHA 2902504 SOCORRO AA: APLICAR EN LA RESOLUCION DE PROBLEMAS REALES DEL SECTOR PRODUCTIVO. DIAS: OCTUBRE 3 Y 17 TOTAL HORAS 10

FICHA 2902385 SIMACOTA AA: ELABORAR LOS DOC DE LOS PROC Y PROC ADM, DIAS: OCTUBRE 2,9,16,23 Y 30 TOTAL HORAS 25

FICHA 2902385 SIMACOTA AA: APLICAR EN LA RESOLUCION DE PROBLEMAS REALES DEL SECTOR PRODUCTIVO. DIAS: OCTUBRE 2 Y 16 TOTAL HORAS 10

HORAS PEDAGOGÍA FICHAS: 2902504:4h; 2902385:2h; 2932267:2h; 2917622:4h. TOTAL HORAS 12---------- TOTAL HORAS SEPTIEMBRE SOFIA 189

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

MONICA GONZALEZ CASTILLO
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,

OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO
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
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

21/10/24 15:35:41 USUARIO: SIC - C.C. 37892622

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MONICA GONZALEZ CASTILLO
IDENTIFICACIÓN:	CC-37892622
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	03
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	INDEPENDINETE
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-09-03
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-07
FECHA DE PAGO:	2024-09-04
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-09
NÚMERO PLANILLA:	30776647
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30776647
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
MIN002	901037916	MIN002 - ADRES	1	$ 1.800.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225.000	$ 225.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.800.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 288.000	$ 288.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.800.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.800	$ 18.800
CCF40	890201578	COMFENALCO SANTANDER	1	$ 1.800.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 36.000	$ 36.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 567.800	$ 567.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	08/11/2024

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 20 de Mayo del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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:

TI	**1100955657**	**HEIMMAR ARMANDO PINZON GONZALEZ**	**Hijo(a)**

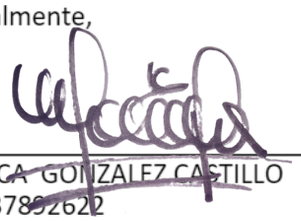
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



MONICA GONZALEZ CASTILLO
C.C. 37892622

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1100955657

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38322680

3832268O

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						4

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

REGISTRADURIA DE SAN GIL COLOMBIA SANTANDER SAN GIL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PINZON	GONZALEZ

Nombre(s)

HEIMMAR ARMANDO

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2007	Mes NOV	Día 09	MASCULINO	O	-

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

COLOMBIA SANTANDER SAN GIL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	A8077023

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ CASTILLO MONICA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0037892622	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PINZON OJEDA ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0013349119	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PINZON OJEDA ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0013349119	

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 2007 Mes NOV Día 22	JOSE ARIEL DEANTONIO AREVALO
	Nombre y firma

510REGISTRADURIA NALnacimiento 11/02/04

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -