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 DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **912210** |
| **Fecha Elaboración** | **20 Noviembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **57007-216785** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | WILMAR YESID ARDILA PRADA | **Banco a consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.098.626.777 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | wyardila@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 24130537029 |
| **IP/Nº de contacto:** | 1522 | **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:** | 5850951/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **10724** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR LA CASA SENA REGIONAL SANTANDER CAMPESENA SUPERVISION EN SISTEMAS DE AGUA Y SANEAMIENTO PL 314D VR MES $4.465.530 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/11/2024** | **Al** | **30/11/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 6.549.444 |
| **Número de pago** | **10** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 46.739.214 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.465.530,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 2.083.914 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.530 | 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** | **$ 4.465.530** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.618.177** | **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** | | ---------- | **73855771** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.786.212 | $ 1.786.212 |
| 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 | | $ 446.553 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 34.082.904 | $ 873.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 7.856.794 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.618.177,00 | 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 | 0,00 | 0,00% |
| 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% |
| 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** | **$4.465.530,00** | |

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

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Evaluar el proceso de aprendizaje y Orientar formación a aprendices según su diligenciando oportunamente los formatos correspondientes

Reportar en el sistema SOFIA PLUS en un plazo máximo de tres (3) días todas las actividades de acuerdo con los procesos que son de su

Reportar valoración de resultados de aprendizaje impartidos según criterios de evaluación

Cumplir el objeto del contrato descrito según la programación y lugares que el SENA indique

Participar de reuniones y/o comités citados y/o delegados por la Subdirección de centro.

Hacer buen uso y manejo de herramientas tecnológicas y comunicación.

Conocer y aplicar los procesos, procedimientos, formatos, y demás documentación establecida en el SIGA

Elabora o ajustar de proyecto formativo y materiales de formación

**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

**WILMAR YESID ARDILA PRADA**
**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,

**FILVIA YAZMIN CORTES MENDEZ**
**INSTRUCTOR**

**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**
**ZEGRID FRANCISCO CADENA CASTANEDA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Piedecuesta, 20 de noviembre de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad Piedecuesta

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.** | **1099740665** | **Sarah Nicole Ardila Arias** | **HIJO** |
| **NUIP - NIP** | **1142724765** | **Sophie Salome Ardila Arias** | **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,



_____
FIRMA
Nombre: _Wilmar Yesid Ardila Prada_____
C.C. ___1098626777_____

# REGISTRADURÍA
## NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**NUIP** 1142724765

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 57603569

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

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 2] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D U H

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ARDILA ********** | ARIAS ********** |

Nombre(s)

SOPHIE SALOMÉ **********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2018 Mes FEB Día 19 | Femenino | O | Positivo |

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 | 14424718-8 |

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

Apellidos y nombres completos

ARIAS MANRIQUE DIANA KATHERINE

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.63552221 | COLOMBIANA |

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

Apellidos y nombres completos

ARDILA PRADA WILMAR YESID

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1098626777 | COLOMBIANO |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

ARIAS MANRIQUE DIANA KATHERINE

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 63552221 | |

*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 2018 Mes MAR Día 02 | LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA<br>Notario Segundo Círculo de Floridablanca<br>LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA<br>Nombre y firma |

*57603569*

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1099740665

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40386056

*40386056*

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

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [02] Consulado [ ] Corregiduría [ ] Inspección de Policía [ ] Código [0 2 0]

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: ARDILA**********

Segundo Apellido: ARIAS**********

Nombre(s): SARAH NICOLE**********

Fecha de nacimiento: Año 2007 Mes AGO Día 29

Sexo (en letras): Femenino

Grupo Sanguíneo: O

Factor RH: Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: A 7533374

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: ARIAS MANRIQUE DIANA KATHERINE

Documento de identificación (Clase y número): CONTRASEÑA NRO.63.552.221

Nacionalidad: COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: ARDILA PRADA WILMAR YESID

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.626.777

Nacionalidad: COLOMBIANO

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: ARDILA PRADA WILMAR YESID

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.626.777

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 2007 Mes SEP Día 26

**Nombre y firma del funcionario que autoriza**

SYLVIA STELLA RUGELES DE RUGELES
Nombre y firma

**Reconocimiento paterno**

Firma

**Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento**

SYLVIA STELLA RUGELES DE RUGELES
Nombre y firma

**ESPACIO PARA NOTAS**

LIBRO DE VARIOS TOMO 151 FOLIO 145....

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Departamento de Santander
NOTARIA 21 DEL CIRCULO
BUCARAMANGA

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-11-20, 12:00:09 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 73855771

**Periodo Cotización:** noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024

## PAGADO 20/11/2024

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | WILMAR YESID ARDILA PRADA | | |
| **Documento** | CC1098626777 | **Dirección** | CR 4 #1 ND - 60 ENTRE PARQUE T4A403 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 6541367 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | PIEDECUESTA | **Departamento** | SANTANDER |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | 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 | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1098626777 | WILMAR YESID ARDILA PRADA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.786.212 | $ 285.800 | (EPS046) SALUD MIA EPS | $ 1.786.212 | $ 223.300 | 1,044 | $ 1.786.212 | $ 18.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 527.800 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.786.212 | $ 1.786.212 | $ 1.786.212 | $ 0 | $ 285.800 | $ 223.300 | $ 18.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 527.800 | $ 0 | $ 527.800 |



Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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