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 ANTIOQUIA**

**CENTRO DE COMERCIO-ANTIOQUIA**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **5** |
| **Código Centro** | **930110** |
| **Fecha Elaboración** | **Diciembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **59528-292619** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | IGNACIO RIOS CANO | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 71.759.316 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | iriosc@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 31957715624 |
| **IP/Nº de contacto:** | 42448 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | SI |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | SI |
| **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:** | 5857511/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **12224** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR - PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR EN EL CENTRO DE COMERCIO, PARA IMPARTIR LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN SUS DIFERENTES NIVELES, MODALIDADES, ETAPAS DEL PROCESO Y ACORDE A LA PROGRAMACION DEL CENTRO, EN LA RED DE GESTION AD |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/12/2024 Al 13/12/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 2.828.179 |
| **Número de pago** | **11** | **Valor Total del Contrato:** | $ 46.590.520 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 1.935.070,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 893.109 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.935.070 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 4.465.545 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 6.400.615** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.433.953** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Diciembre | Noviembre | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.433.953,00 | TARIFA |
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **74007912 y 7476** | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 0,00 | |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.300.000 | $ 1.786.218 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 162.500 | $ 223.300 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 208.000 | $ 285.800 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 0% |
| ARL I | | $ 6.800 | $ 9.400 | Reteica - 8299 | 0,00 | 0,000% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 285.800 | | - | 0,00 | 0,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 223.300 | | - | 0,00 | 0,000% |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 9.400 | | - | 0,00 | 0,000% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ 285.800 | | - | 0,00 | 0,000% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | | Jaime Isaza Cadavid | 7.740,00 | 0,000% |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta | | $ 640.062 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 34.082.904 | $ 1.145.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 14.936.123 | | | | | |
| | | | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | | **VALOR A PAGAR** | **$1.927.330,00** | |

**SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Las actividades descritas en el informe del presente mes

**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

**IGNACIO RIOS CANO**
**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,

**LUZ ESTELLA CHICA ARANGO**
**INSTRUCTOR G18**

**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**
**OSWALDO DE JESUS MONROY URREGO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

### Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | Enlace Operativo |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2024-11-30, 09:41:20 AM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | noviembre de 2024 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | noviembre de 2024 |
| **Empresa** | IGNACIO RIOS CANO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 71759316 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 74007912 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1087899117 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 403.300 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.suaporte.com.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 208.000 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 1 | $ 162.500 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG | 1 | $ 6.800 | $ 0 |
| N890900841 | CCF04 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT | 1 | $ 26.000 | $ 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **SubTotales:** | $ 403.300 | $ 0 |
| **Total a Pagar:** | | $ 403.300 |



**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.**

**Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

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

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | Enlace Operativo |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2024-12-03, 01:48:34 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | noviembre de 2024 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | noviembre de 2024 |
| **Empresa** | IGNACIO RIOS CANO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 71759316 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 74765276 |
| **Tipo de Planilla** | N |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1097222454 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 151.000 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 77.800 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 1 | $ 60.800 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG | 1 | $ 2.600 | $ 0 |
| N890900841 | CCF04 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT | 1 | $ 9.800 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 151.000 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 151.000 |



**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.**

**Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

MEDELLIN, 7 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
MEDELLIN

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 | 10219727720 | Samuel Rios Alvarez | 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,



IGNACIO RIOS CANO
C.C. 71759316

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1.021.927.720.

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 51129931

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

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 14 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 6 L

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

COLOMBIA. ANTIOQUIA. MEDELLIN.

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| RIOS. | ALVAREZ |

Nombre(s): SAMUEL.

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2009 Mes SEP Día 09 | MASCULINO. | | |

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

COLOMBIA. ANTIOQUIA. MEDELLIN.

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| REGISTRO CIVIL DE MATRIMONIO NO. 05274412 DEL 25 06 2013. | NOTARIA 14 DE MEDELLIN. |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos: ALVAREZ GOMEZ CATALINA MARIA.

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 43.618.075 DE MEDELLIN. | COLOMBIANA. |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos: RIOS CANO IGNACIO.

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 71.759.316 DE MEDELLIN. | COLOMBIANA. |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos: GOMEZ MONTOYA CARMEN ROCIO.

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA NUMERO 32.488.641 DE MEDELLIN (ANT.) | |

*Datos primer testigo* TEL. 230 09 43.

Apellidos y nombres completos:

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

*Datos segundo testigo*

Apellidos y nombres completos:

| Documento de identificación (Clase y número) | |
|---|---|
| | |

25-JUN-2013 MAURICIO EMILIO AMAYA MARTINEZ ROSARIO CATORCE

| *Fecha de inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2013 Mes JUN Día 25 | MAURICIO EMILIO AMAYA MARTINEZ- CLARK. |
| | Nombre y firma |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

ESTE SERIAL REEMPLAZA EL NO. 41976916 DEL 10 DE SEPTIEMBRE DE 2009.
L. V. TOMO 88. FOLIO 066. 25 DE JUNIO DE 2013.
MEDELLIN, 25 DE JUNIO DE 2013.

IMPRESO POR THOMAS GREG[illegible] COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

*51129931*