



FORMATO PARA LIQUIDACION PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL CASANARE

CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE

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

Código Regional	85
Código Centro	951910
Fecha Elaboración	Diciembre de 2024
Versión	MARZO 2024 - 2,24
ID de Proceso	52712-500802

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	FREDY ANDRES ALCAZAR CABALLERO	Banco a consignar:	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	74.083.081	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	faalcazar18@misena.edu.co	Número de Cuenta:	646442624
IP/N° de contacto:	192168017	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

Nº del contrato:	5828295/2024	Nº Compromiso SIIF	12824	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR CON LA EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA - RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA. RAD 85-9-2024-000244.			

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/11/2024	Al	30/11/2024	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 5.811.117
Número de pago	10			Valor Total del Contrato:	\$ 46.041.927
Valor Bruto Pago:			\$ 4.470.090,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 1.341.027

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.470.090	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	\$ 4.470.090	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.627.981	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

		Noviembre	Octubre				
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS		-----	4581509522	Base retención en la fuente a título de RENTA		2.627.981,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.788.036	\$ 1.788.036	Base retención en la fuente a título de ICA		4.470.090,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.600	\$ 223.600	Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 286.100	\$ 286.100	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
ARL I		\$ 9.400	\$ 9.400	Menos Retención IVA		0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	-	Reteica - 8299 - YOPAL		44.701,00	1,0000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	-			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	-			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -	-			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -	-	Otras Retenciones		0,00	0,0000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -	-	Otras Retenciones		0,00	0,0000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -	-	Otras Retenciones		0,00	0,0000%
Dependientes hasta		\$ 447.009		Otras Retenciones		0,00	0,0000%
Salud hasta	\$ 753.040	\$ -		Otras Retenciones		0,00	0,0000%
Renta Exenta 25%	\$34.082.904	\$ 876.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 7.933.995			Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR		\$4.425.389,00	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se impartieron 160 horas de formación en las fichas 2684848, 2684897, 2709459, 2851652 y 2851695
La formación se impartió en la competencia reconocer recursos financieros de acuerdo a normativa
se cobran 160 horas

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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

FREDY ANDRES ALCAZAR CABALLERO
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 periodo 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.

EDWIN ALONSO QUINTERO
INSTRUCTOR G11

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

FERNANDO BARRERO CABALLERO

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		74083081		NÚMERO PLANILLA:		4581509522		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		FREDY ANDRES ALCAZAR CABALLERO		CASANARE		MES		octubre		AÑO		2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:					
CIUDAD/MUNICIPIO:		YOPAL		DEPARTAMENTO:		octubre		AÑO		12		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES					
DIRECCIÓN:		CRA 12 A 29 A 28		TELÉFONO:		2024/12/03		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990916993									
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE													
TIPO EMPRESA:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act													
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO																	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO																	

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE					EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 286.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.400	\$ 0	\$ 286.100	\$ 2.400	\$ 288.500
SUBTOTALES:												\$ 286.100	\$ 2.400	\$ 288.500

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 223.600	\$ 0	\$ 1.900	\$ 0	\$ 223.600	\$ 1.900	\$ 0	\$ 225.500		
SUBTOTALES:									\$ 223.600				\$ 223.600	\$ 1.900	\$ 0	\$ 225.500		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES														
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE				NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.			1	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 9.400	\$ 9.400	\$ 100	\$ 0	\$ 9.500	
SUBTOTALES:										\$ 9.400	\$ 100	\$ 0	\$ 9.500	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE									SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES																										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES														PENSIÓN										SALUD						ARP			DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU				
									ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT			IBC	CENTRO DE TRABAJO					TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 74083081	ALCAZAR CABALLERO FREDY ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.788.036			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	1.788.036	\$ 286.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 286.100	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.788.036	\$ 223.600	\$ 0	\$ 223.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.788.036	\$ 74083081	\$ 9.400	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL

\$ 523.500

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 30 de noviembre de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

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:

NUIP – NIP	1222127994	Martín Alcázar Adame	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: FREDY ANDRES ALCAZAR CABALLERO

C.C. 74083081

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.222.127.994

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

56828504



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A F A

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

REGISTRADURÍA DE YOPAL-H LA YOPAL - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL....

Datos del inscrito

Primer Apellido Segundo Apellido
ALCAZAR..... ADAME.....

MARTIN.....
Nombre(s)

Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH
Año 2017 Mes ENE Día 16 MASCULINO..... 0..... POSITIVO.....

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CASANARE YOPAL.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO..... 13870036-7.....

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

ADAME MARQUEZ BLANCA LUZ DARY.....

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad
CC 47.420.059..... COLOMBIA.....

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

ALCAZAR CABALLERO FREDY ANDRES.....

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad
CC 74.083.081..... COLOMBIA.....

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos

ALCAZAR CABALLERO FREDY ANDRES.....

Documento de identificación (Clase y número) Firma
CC 74.083.081.....

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 2017 Mes ENE Día 18 HECTOR ARIEL LOPEZ DAZA - REGISTRAR
Nombre y firma

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma Nombre y firma

.....

ESPACIO PARA NOTAS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



LITOGRAFIA DINAMICA