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 META**

**CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **50** |
| **Código Centro** | **953210** |
| **Fecha Elaboración** | **Diciembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **07016-939362** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | WALTER HERNAN TORRES SANCHEZ | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 17.285.740 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | whtorres@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 009000167438 |
| **IP/Nº de contacto:** | 0000 | **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** | 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:** | 5881455/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **16724** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR ACCIONES DE FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS OFERTADOS POR EL CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META DE LA LÍNEA PRESUPUESTAL PARA ATENCIÓN A POBLACIÓN VICTIMA |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/12/2024** | **Al** | **14/12/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 1.920.248 |
| **Número de pago** | **11** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 42.382.625 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 1.920.248,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 0 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.920.248 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 4.114.818 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 6.035.066** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.884.966** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Diciembre | Noviembre |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **4579060879** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.300.000 | $ 1.645.927 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 162.500 | $ 205.800 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 208.000 | $ 263.400 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | I | $ 6.800 | $ 8.600 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 263.400 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 205.800 | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 8.600 | |
| 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 | | $ - | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 34.082.904 | $ 1.295.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 9.161.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.884.966,00 | 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 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 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** | **$1.920.248,00** | |

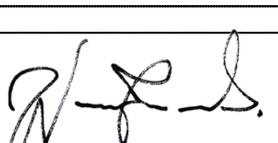
**SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACIÓN Y EMITIR JUICIOS DE EVALUACIÓN SOBRE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE EJECUTADOS DEL CURSO, ESTUCOS TEXTURIZADOS
FICHA– 3139105 - DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA- POBLACIÓN DESPLAZADOS- VEREDA LA ARGENTINA, VILLAVICENCIO- META.
IMPARTIR FORMACIÓN Y EMITIR JUICIOS DE EVALUACIÓN SOBRE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE EJECUTADOS DEL CURSO, INSTALACION DE CUBIERTAS
FICHA– 3145268 - DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA- POBLACIÓN DESPLAZADOS- MUNICIPIO DE BARRANCA DE UPIA- META.
APOYO TÉCNICO A COORDINACIÓN,PROYECTO DISEÑO ARQUITECTONICO AREA COMBUSTIBLE Y RECIBO MATERIALES PROYECTO MEJORA TALADRO ESCUELA

**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



**WALTER HERNAN TORRES SANCHEZ**
**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,

**JORGE DANIEL ZIPA RODRÍGUEZ**
**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**
**GENY ASTRID LEON CURREA**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

12/12/24 20:22:33 USUARIO: SIC - C.C. 17285740

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 17285740 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | WALTER HERNAN TORRES SANCHEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VILLAVICENCIO | DEPARTAMENTO: | META |
| DIRECCIÓN: | MANZANA J CASA 7 VILLAS DE LA | TELÉFONO: | 6606183 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4579060879** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | noviembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | noviembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/12/04 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9990947294 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 263.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 263.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800130907 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 205.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 205.800** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 8.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 8.600** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 477.800** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 477.800** |

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

| | |
|---|---|
| N. OS: 9551468476 | DV: 002126 |
| Cliente: | 110263 PILA RECAUDO |
| Fecha: | 04/12/2024 13:03:03 |
| PAP: | 905786 |
| Identificacion: | 17285740 |
| Nombre: | WUALTEER |
| Apellido 1: | TORRES |
| Apellido 2: | [illegible] |
| TIPO DOCUMENTO: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| TELEFONO: | 3103216694 |
| Codigo Planilla: | 4579060879 |
| Periodo Pago: | 2024/11 |
| Valor Comision: | 0 |
| Valor Iva Comision: | 0 |

Referencia: 17285740 Valor: $477.800,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 17285740 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | WALTER HERNAN TORRES SANCHEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VILLAVICENCIO | DEPARTAMENTO: | META |
| DIRECCIÓN: | MANZANA J CASA 7 VILLAS DE LA | TELÉFONO: | 6606183 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4581801525** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | diciembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | diciembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/12/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9991097764 |

## NOVEDADES

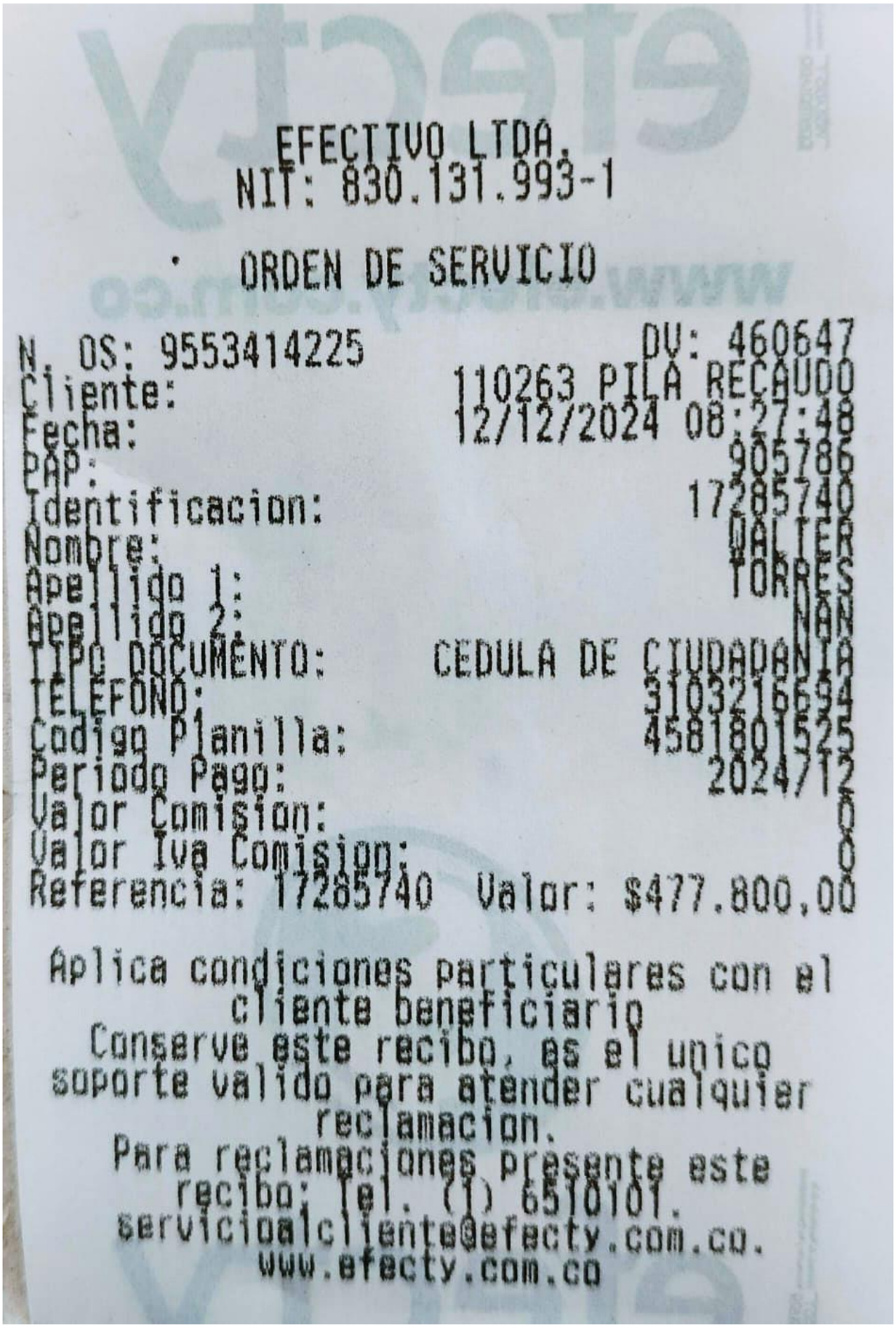
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Planilla Pagada

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 263.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 263.400** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800130907 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 205.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 205.800** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 8.600 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 8.600** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 477.800** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 477.800** |



EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9553414225 DV: 460647
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 12/12/2024 08:27:48
PAP: 905786
Identificacion: 17285740
Nombre: WALTER
Apellido 1: TORRES
Apellido 2: NAN
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3103216694
Codigo Planilla: 458180152 5
Periodo Pago: 202412
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 17285740 Valor: $477.800,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

SENA

Versión: 05

Código: GTH- F- 074

## Proceso Gestión de Talento Humano

### Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: | WALTER HERNAN TORRES SANCHEZ | | | | | IDENTIFICACIÓN | |
| CIUDAD | VILLAVICENCIO | FECHA | | REGIONAL | META | | 17285740 |
| DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: | CISM - CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS M. | | | | | | |
| NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: | Nº 5881455 | | | | | | |

## CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

| LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO | | CESIÓN | | LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO | | TERMINACIÓN UNILATERAL | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| DEPENDENCIA SENA | Marcar con x | RESPONSABLES | |
|---|---|---|---|
| | | NOMBRES Y APELLIDOS | FIRMA |
| GESTIÓN DE TIC | ✓ | JOHN JAIRO SARMIENTO M. | |
| ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS | X | LEONOR AREVALO | |
| ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL | ✓ | | |
| ALMACÉN E INVENTARIOS | · | Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo. | |
| SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación) | X | Myriam Jaquiz amin H. | |
| CONTABILIDAD | · | Piedad Peña Rodriguez | |
| TESORERIA | · | Luis Eduardo Godoy | |
| COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA | | | |
| BIBLIOTECA | X | ROCIO A Gomez | FECHA |
| OTRO Vio TICS | X | 2010 FOLIOS | |
| OTRO | | | |
| SUPERVISOR DE CONTRATO | | | |

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista