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 TOLIMA

CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA

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

Código Regional	**73**
Código Centro	**912310**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**56888-540908**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GUSTAVO ADOLFO CASTILLO TRUJILLO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	5.826.998	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	gucastillot@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	43532483299
IP/Nº de contacto:	64944	**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:	5851266/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**23424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios personales de carácter temporal como Instructor para planear y orientar la Formación Profesional Integral en la Red de Conocimiento AGRICOLA - AREA TEMATICA AGROINDUSTRIAL - CONTROL DE CALIDAD E INOCUIDAD - PROCESAMIENTO DE ALIMENTOS - CARNICOS Y DERIVADOS - FRUTAS Y VERDURAS - LÁCTEOS Y DERIVADOS -

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024 Al 13/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 1.932.667
Número de pago	**11**	**Valor Total del Contrato:**	$ 46.532.667
Valor Bruto Pago:	**$ 1.932.667,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.932.667	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	3,09%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 337.388
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.920.000		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 10.852.667**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 144.291
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 6.246.900**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 193.097**

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

		Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7950817075**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.784.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 223.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 285.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 13.600	$ 18.700
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 571.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 446.000	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 37.400	
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	$ 753.040	$ 1.085.267	
Salud hasta	$ 34.082.904	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 2.082.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 10.590.200		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	6.246.900,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.932.667,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	193.097,00	3,09%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551 - ESPINAL	9.663,00	0,500%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-Universidad	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	**$1.729.907,00**	

SON: UN MILLÓN SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades de promoción y divulgación en los municipios de ibague Ataco chaparral mediante los cuales se obtuvo apertura de la formación complementaria en higiene y manipulacion alimentos de Ataco con numeros de fichas 3121136 y 3130594

Higiene y manipulacion de alimentos con ficha 3129512 en el municipio de chaparral

Impartidas las sesiones de formación, las acciones fueron: actividades de oficialización de procesos de inscripción y firma de formato para le adecuado proceso de matricula

Introcuccion a la temática de formación complementaria y senalogia institucional. Desarrollo de la temática relacionada al conocimento de la normatividad vigente especifica para los alimentos, el manipulador y los lugares donde se fabrique o comercialice productos. Ver

Verificación el cumplimiento de actividades adjuntas al material de apoyo a la formación complementaria

Retroalimentación y fortalecimientode conceptro adquiridos y vivenciados en la sesión 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



GUSTAVO ADOLFO CASTILLO TRUJILLO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

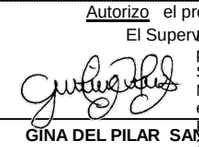
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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



GINA DEL PILAR SANCHEZ SANCHEZ
INSTRUCTOR G10

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
JUAN CAMILO SOTO DIAZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	5826998
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GUSTAVO ADOLFO CASTILLO TRUJILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	MANZ 35 A C 8 B. POTACIO	TELÉFONO:	7777777
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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7950817075**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/12/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1118416122

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 285.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.600	$ 0	$ 285.600
SUBTOTALES:										**$ 285.600**	**$ 0**	**$ 285.600**

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	$ 223.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.200	$ 0	$ 0	$ 223.200
SUBTOTALES:													**$ 223.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 223.200**

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	$ 18.700	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 18.700
SUBTOTALES:									**$ 18.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 5826998	CASTILLO TRUJILLO GUSTAVO ADOLFO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.785.000				NO																	230201-PROTECCION	30	$ 1.785.000	$ 285.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 285.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.785.000	$ 223.200	$ 0	$ 223.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.785.000	5826998	$ 18.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 527.500**

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Espinal, 02 de diciembre 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:

T.I.	**1105479117**	**GABRIELA CASTILLO DIAZ**	**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: **_GUSTAVO ADOLFO CASTILLO TRUJILLO_____**
C.C. ____5826998_DE IBAGUE___

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1105479117

Indicativo Serial 61850684

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 9 5 60

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTILLO	DIAZ

Nombre(s)

GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes AGO Día 08	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	-164115753

Datos de la 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

DIAZ ROJAS MARILYN KATHERINNE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1012395606 de BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

CASTILLO TRUJILLO GUSTAVO ADOLFO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 5826998 de IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTILLO TRUJILLO GUSTAVO ADOLFO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 5826998 de IBAGUE	X

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 2021 Mes AGO Día 12	JANNETH RUBIO LOPEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
X Firma	JANNETH RUBIO LOPEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

sin huellas dactilares según circular n° 041 rnec 2020 04-15.

NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE IBAGUE
JANNETH RUBIO LOPEZ
NOTARIA ENCARGADA
REPUBLICA DE COLOMBIA

NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE IBAGUE - TOL
JANNETH RUBIO LOPEZ
NOTARIA ENCARGADA
REPUBLICA DE COLOMBIA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Cadena s.a.

Escaneado con CamScanner

NOTARÍA TERCERA DE IBAGUE

REGISTRO CIVIL

El Notario Tercero de Ibague, expide la presente fotocopia, tomada del original que reposa en esta Notaría, válida para:

- ○ MATRIMONIO
- ○ PARENTESCO
- ⊗ TRÁMITES LEGALES
- ○ TRÁMITE DE VISA
- ○ OTRO:
- ○ ESTUDIO
- ○ SALUD
- ○ CÉDULA
- ○ PASAPORTE

Fecha: 12 AGO 2021

Este Registro Tiene Validez para Todo los Efectos, sin Importar a Fecha de su expedición.
Art. 21 Ley 962/2005

NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE IBAGUÉ - TOL
JANNETH RUBIO LOPEZ
NOTARIA ENCARGADA
REPÚBLICA DE COLOMBIA

Escaneado con CamScanner