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	**43980-133422**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JORGE ANDRES RAMIREZ GARCIA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	5.821.549	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	joaramirezg@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	15325378520
IP/Nº de contacto:	84669	**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:	6581285/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**168424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	5

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	**5**	**Valor Total del Contrato:**	$ 20.218.667
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	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.460.000		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.392.667**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.655.400**	**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		----------	**9476311296**
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	V	$ -	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 285.500	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 223.000	
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		$ 639.267	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 15.492.229	$ 1.219.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.504.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.655.400,00	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	0,00	0,00%
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	**$1.923.004,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTITRES MIL CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reportar mensualmente en el espacio de la Nube asignado para el Programa Titulada y Complementaria Presencial

Evaluar los aprendizajes previos correspondientes a formación complementaria y titulada

Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo

Emitir juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados

Registrar, verificar y hacer seguimiento oportuno en el aplicativo SOFIA Plus

Cargar y actualizar la información de las evidencias de la ejecución contractual mensual en los aplicativos definidos por Colombia

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

JORGE ANDRES RAMIREZ GARCIA
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,

Firmado digitalmente porFavio Armando Medina Calderon
Ubicaci· n:
Fecha:2024.12.17 14:14:05:00

FAVIO ARMANDO MEDINA CALDERON
INSTRUCTOR G20

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

16/12/24 10:09:22 USUARIO: SIC -

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 12 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.	**1104949734**	**VALERIA RAMIREZ BETANCOURT**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

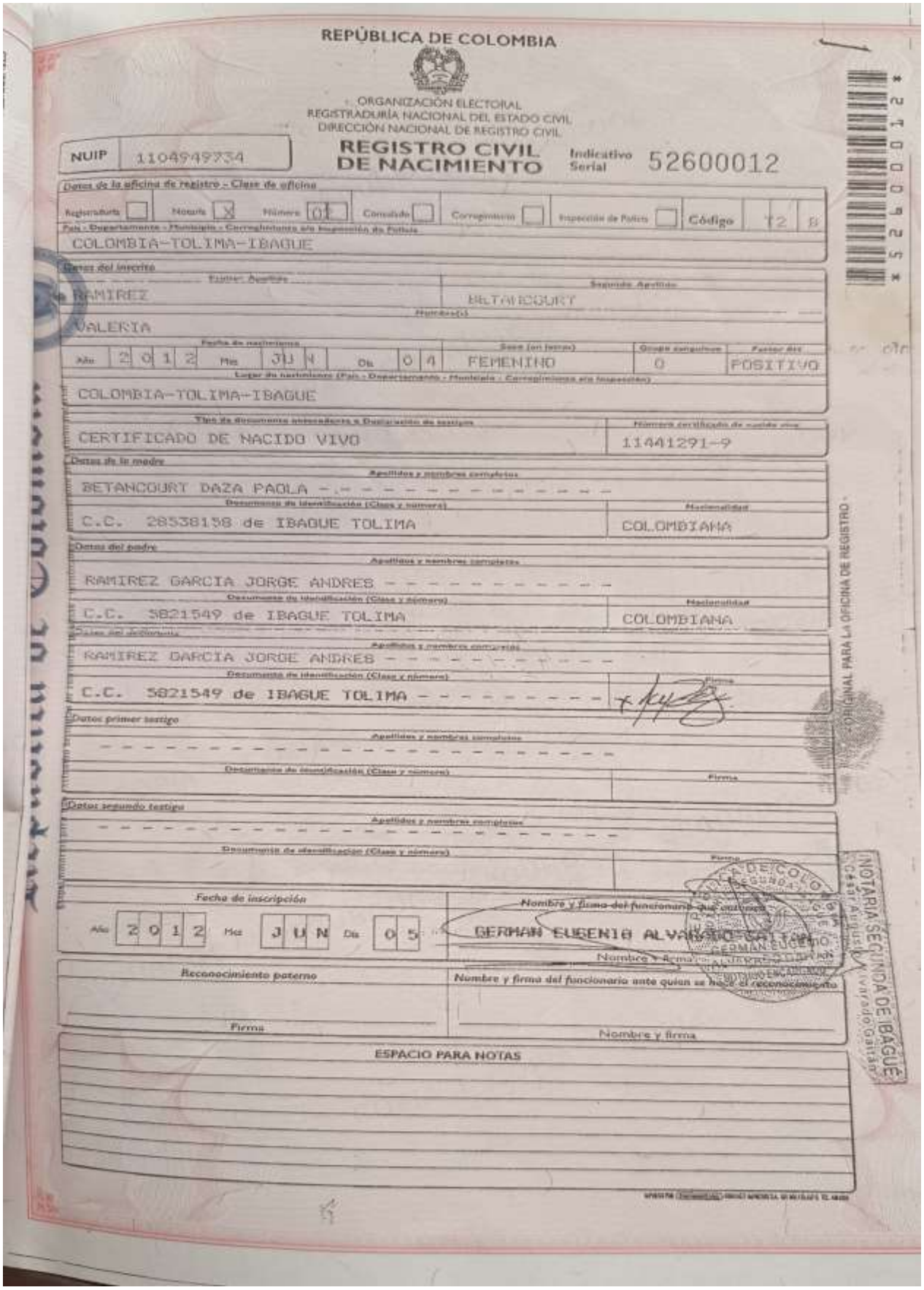
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: JORGE ANDRES RAMIREZ GARCIA
C.C. 5.821.549 de Ibagué



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1104949734

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52600012

Datos de la oficina de registro – Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 12 8

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido: RAMIREZ

Segundo Apellido: BETANCOURT

Nombre(s): VALERIA

Fecha de nacimiento: Año 2012 Mes JUN Día 04

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: O

Factor Rh: POSITIVO

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

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

Número certificado de nacido vivo: 11441291-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BETANCOURT DAZA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 28538158 de IBAGUE TOLIMA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ GARCIA JORGE ANDRES

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 5821549 de IBAGUE TOLIMA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ GARCIA JORGE ANDRES

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 5821549 de IBAGUE TOLIMA

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 2012 Mes JUN Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza: GERMAN EUGENIO ALVARADO CASTAÑO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARÍA SEGUNDA DE IBAGUÉ

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5821549		RAMIREZ GARCIA JORGE ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 30 # 7-3 belarcasa	IBAGUE-TOLIMA	3002687266	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1044363007	9476311296	I	2024/12/11	2024/11/12	BANCOLOMBIA	0	$517,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,784,000	$285,500			$1,784,000	$223,000			$0	$0			$1,784,000	$9,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,784,000	$285,500			$1,784,000	$223,000			$0	$0			$1,784,000	$9,400		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,784,000	$285,500			$1,784,000	$223,000			$0	$0			$1,784,000	$9,400		$0	$0
1	CC	5821549	RAMIREZ JORGE	25-14	30	$1,784,000	$285,500	EPS002	30	$1,784,000	$223,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,784,000	$9,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,784,000	$285,500			$1,784,000	$223,000			$0	$0			$1,784,000	$9,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5821549		RAMIREZ GARCIA JORGE ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 30 # 7-3 belarcasa	IBAGUE-TOLIMA	3002687266	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1044363007	9476311296	I	2024/12/11	2024/11/12	BANCOLOMBIA	0	$517,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,500	$0	$0	$285,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$285,500	$0	$0	$285,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$0	$9,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$0	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,000	$0	$0	$223,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$223,000	$0	$0	$223,000
TOTAL				1	$517,900	$0	$0	$517,900

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5821549		RAMIREZ GARCIA JORGE ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 30 # 7-3 belarcasa	IBAGUE-TOLIMA	3002687266	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1118409293	9478787335	I	2025/01/14	2024/12/11	BANCOLOMBIA	0	$406,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$0	$0			$1,400,000	$7,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$0	$0			$1,400,000	$7,400		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$0	$0			$1,400,000	$7,400		$0	$0
1	CC 5821549	RAMIREZ JORGE	25-14	30	$1,400,000	$224,000	EPS002	30	$1,400,000	$175,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,400,000	$7,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$0	$0			$1,400,000	$7,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5821549		RAMIREZ GARCIA JORGE ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 30 # 7-3 belarcasa	IBAGUE-TOLIMA	3002687266	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1118409293	9478787335	I	2025/01/14	2024/12/11	BANCOLOMBIA	0	$406,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$224,000	$0	$0	$224,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$224,000	$0	$0	$224,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,400	$0	$0	$7,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,400	$0	$0	$7,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$175,000	$0	$0	$175,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$175,000	$0	$0	$175,000
TOTAL				1	$406,400	$0	$0	$406,400