

 FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE		Código Regional41 Código Centro952510 Fecha Elaboración16 Diciembre de 2024 VersiónMARZO 2024 - 2.24 ID de Proceso37403-583781	
REGIONAL HUILA CENTRO AGROEMPRESARIAL Y DESARROLLO PECUARIO DEL HUILA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1			
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos: ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ		Banco a consignar: BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía: 36.384.460		Tipo de cuenta: AHORROS	
Correo electrónico: emanchola@sena.edu.co		Número de Cuenta: 75611944098	
IP/Nº de contacto: 62501		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		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:	5831550/2024	Nº Compromiso SIIF	7624
Número de pagos durante la vigencia del contrato		10	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN EL C.A.D.P.H. Y SU ÁREA DE INFLUENCIA EN LA ESPECIALIDAD PECUARIA		
DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del	01/10/2024	Al	31/10/2024
Número de pago	9		
Valor Bruto Pago:	\$ 4.465.545,00		
Saldo Anterior del Contrato:	\$ 8.931.090		
Valor Total del Contrato:	\$ 44.655.450		
Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 4.465.545		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 4.465.545	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.465.545	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.599.290	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	Octubre	Setiembre	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.786.218	\$ 1.786.218	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 223.300	\$ 223.300	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 285.800	\$ 285.800	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	
ARL	\$ 43.600	\$ 43.600	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		
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	\$ 446.555		
Salud hasta	\$ 753.040	\$ -	
Renta Exenta 25%	\$30.984.458	\$ 867.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 6.935.573		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		
Base retención en la fuente a título de RENTA	2.599.290,00		TARIFA
Base retención en la fuente a título de ICA	4.465.545,00		
Valor base IVA	0,00		
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00		19%
Menos Retención en la Fuente	0,00		0,00%
Menos Retención IVA	0,00		15%
Reteica - 8523 - GARZON	8.931,00		0,200%
Otras Retenciones	0,00		0,00%
Otras Retenciones	0,00		0,00%
Otras Retenciones	0,00		0,00%
Otras Retenciones	0,00		0,00%
Otras Retenciones	0,00		0,00%
Otras Retenciones	0,00		0,00%
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00		
VALOR A PAGAR	\$4.456.614,00		
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Objeto contrato: Prestar servicios profesionales de carácter temporal para impartir Formación Profesional titulada y complementaria presencial y/o virtual en el Centro Agroempresarial y Desarrollo Pecuario del Sena Regional Huila y su área de influencia en la especialidad PECUARIA. Entrego informe de actividades desarrolladas durante el periodo comprendido entre el 01 al 31 de octubre de 2024 formación complementaria virtual en la formación: 3086061 - DESPOSTE Y CORTES DE CANALES GANADO BOVINO 20 horas, 3110597 GANADERIA SUSTENTABLE 22 horas, 3110596 - GANADERIA INTENSIVA DE DOBLE PROPOSITO 22 horas, 3086069 - GANADERIA SUSTENTABLE 20 horas, 3115292 ALIMENTACION BOVINA 12 horas, 3086063 - GANADERIA INTENSIVA DE DOBLE PROPOSITO 20 horas, 3086066 - ALIMENTACION BOVINA 20 horas, 3110595 - DESPOSTE Y CORTES DE CANALES GANADO BOVINO 22 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 suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí			
ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ 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,			
EILEEN KARINA CASTAÑEDA LOSADA 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 CARLOS ANDRES JIMENEZ MOREA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 36384460
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 26 47-75 APT 201	TELÉFONO: 7485157
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:	7945039684	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 968720988

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						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
800229739		230201	230201- PROTECCION		1	\$ 285.800
SUBTOTAL:					1	\$ 285.800
SALUD						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
800088702		EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		1	\$ 223.300
SUBTOTAL:					1	\$ 223.300
RIESGOS PROFESIONALES						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
860011153		14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 43.600
SUBTOTAL:					1	\$ 43.600

VALOR SIN MORA:	\$ 552.700
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 552.700

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:		36384460		NÚMERO PLANILLA:		7945039684		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES					
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		ARMENIA		DEPARTAMENTO:		ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		septiembre AÑO		2024					
CIUDAD/MUNICIPIO:		CRA 26 47-75 APT 201		TELÉFONO:		QUINDIO		DÍAS DE MORA:		0		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES					
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/10/08		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		968720988					
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act													
TIPO EMPRESA:		ÚNICO																	
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
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
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 285.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 285.800	\$ 0	\$ 285.800
SUBTOTALES:										\$ 285.800	\$ 0	\$ 285.800



SENA - CFP 419525
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2024-003909
9/05/2024 11:31:16 a. m.
Destinatario:

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

NEIVA, 1 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
NEIVA

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	1092855533	EMANUEL GONZALEZ MANCHOLA	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,

ELIANA AUDREY MANCHOLA PEREZ
C.C. 36384460

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

IP 1092855533

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51192651

de la oficina de registro - Clase de oficina

aduría ☐ Notaría ☒ Número 05 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 5011

Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía

COLOMBIA / QUINDÍO / ARMENIA

del inscrito

Primer Apellido

GONZALEZ

Segundo Apellido

MANCHOLA

Nombre(s)

EMANUEL

Fecha de nacimiento

2011

Mes

AGO

Día

04

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

O

Factor Rh

POSITIVO

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

COLOMBIA / QUINDÍO / ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

DOCUMENTO AUTENTICO

Número certificado de nacido vivo

de la madre

Apellidos y nombres completos

MANCHOLA PEREZ ELIANA AUDREY

Documento de identificación (Clase y número)

No. 36.384.460 LA PLATA, HUILA

Nacionalidad

COLOMBIANA

del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ IBAGON MARIO FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)

No. 18.394.991

Nacionalidad

COLOMBIANA

del declarante

Apellidos y nombres completos

MANCHOLA PEREZ ELIANA AUDREY

Documento de identificación (Clase y número)

No. 36.384.460 LA PLATA, HUILA

Firma

primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

