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 CUNDINAMARCA

CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	**25**
Código Centro	**923210**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**43025-413394**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ILDEFONSO LEON GONZALEZ	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	1.032.373.822	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ileong@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	272316944
IP/Nº de contacto:		**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 2024**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7360692/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**14825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales, de carácter temporal y con plena autonomía, como instructor del programa "Articulación con la Educación Media", con el propósito de atender las necesidades de formación técnica, de acuerdo con el perfil profesional requerido para la ejecución de los programas ofertados por el Centro Industrial y de Desarrollo Empresarial de Soacha.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**10/02/2025**	**Al**	**28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 45.995.110
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 45.995.110
Valor Bruto Pago:			**$ 3.219.658,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 42.775.452

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.219.658	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	**$ 3.219.658**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.976.892**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**Afiliación**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 901.550	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 112.700	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 144.300	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 4.800	$ 0
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		$ 321.966	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 659.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.976.892,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.962.658,00	
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 - 8299 - SOACHA	17.776,00	0,600%
-	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	**$3.201.882,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS UN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Asistir a la reunión por parte de la Coordinación de articulación, con el fin de recibir la socialización para el desarrollo de la Planeación Pedagógica Vigencia 2025.

Realizar seguimiento con las Instituciones Educativas para la verificación del Proceso de Matrícula 2025.

Asistir a capacitación con el fin de conocer los cambios relacionados en el Acuerdo 009, correspondiente al Reglamento del Aprendiz.

Asistir a reunión con la Coordinación de Articulación, con el fin de conocer los lineamientos de los temas relacionados con el a las Instituciones Educativas Privadas, Asesorías a Proyectos Productivos, Transversales tales como Emprendimiento, Seguridad Salud en el Trabajo y TIC.

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

ILDEFONSO LEON GONZALEZ
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,

JAIRO ALBERTO RIVERA MURILLO
INSTRUCTOR G09

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
ARGEMIRO CELIS CASTRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

04/03/25 18:32:40 USUARIO: SIC - C.C. 1032373822

BOGOTA, Febrero 22 de 2025

Señor:
LEON GONZALEZ ILDEFONSO
CC. 1032373822
CR 38 14 93. - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 5 de 2010. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
MESA PAVA LEIDY KATHERINE	1012381122	C	Jun-14-2018	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
LEON MESA GABRIELA	1012470764	R	Jul-10-2019	56	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
COLEGIO COSMOS	1032373822	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Dependiente	VIGENTE
COLEGIO COSMOS	1032373822	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
COLEGIO COSMOS	1032373822	Profesor de establecimiento particular	CERRADO
ILDEFONSO LEON GONZALEZ	1032373822	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesant	CERRADO
ILDEFONSO LEON GONZALEZ	1032373822	Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesant	CERRADO
ILDEFONSO LEON GONZALEZ	1032373822	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ILDEFONSO LEON GONZALEZ	1032373822	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SOACHA, 10 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
SOACHA

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:

RC	1012470764	GABRIELA LEON MESA	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,



ILDEFONSO LEON GONZALEZ
C.C. 1032373822

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1935144

NUIP 1.012.470.764

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco X☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
LEON MESA GABRIELA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2019	Mes JUL	Día 10	FEMENINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2019	Mes JUL	Día 19	0060348332

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
MESA PAVA LEIDY KATHERINE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.012.381.122	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
LEON GONZALEZ ILDEFONSO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.032.373.822	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
LEON GONZALEZ ILDEFONSO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.032.373.822

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C — Código A 2 5

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2019 Mes JUL Día 19

Adhesivo Copia Registro Civil
25347513-9

Nombre y firma del funcionario

CAMILO ANDRES MARTINEZ PINEDA

Registrador del Estado Civil