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 CAUCA**

**CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **19** |
| **Código Centro** | **930710** |
| **Fecha Elaboración** | **Julio de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **09080-981011** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ANGEL MUÑOZ ORTIZ | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 10.696.396 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | amunozo@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 0550488443956146 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3114343131 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2024** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿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** | NO |
| **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:** | Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 7403988/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **19525** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONSTRATISTA IMPARTIENDO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/OA DISTANCIA EN EL PROYECTO LA COORDINACION ACADEMICA. |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/07/2025** | **Al** | **31/07/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 19.557.296 |
| **Número de pago** | **6** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 37.336.656 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 3.555.872,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 16.001.424 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.555.872 | Honorarios profesionales a persona NO declarante d | 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** | **$ 3.555.872** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.356.572** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Julio | Junio |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **33600675** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 178.000 | $ 178.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 227.800 | $ 227.800 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 7.500 | $ 7.500 |
| 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 | | $ - | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 36.062.775 | $ 786.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 4.715.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.356.572,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.555.872,00 | |
| 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 - POPAYAN | 7.112,00 | 0,200% |
| - | 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** | **$3.548.760,00** | |

**SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar procesos de formación ficha n° 3066406 Popayán, COMP,PREPARACIÓN DE BEBIDAS DE CAFÉ ESPRESSO. RAP. VERIFICAR LAS CONDICIONES DE CALIDAD SENSORIAL DEL CAFÉ. (43.9 Horas)Desde el 5 de julio, Según Reporte Sofiaplus. Orientar procesos de formación ficha n°3140805 Popayán. Comp PREPARACIÓN DE BEBIDAS RAP:Elaborar bebidas conforme a procedimientos técnicos (20 H) Desde el 2 de julio, Según Reporte Sofiaplus. Orientar procesos de formación ficha n° 3172461 Popayán, COMP MANIPULACIÓN Y USOS DE CAFÉ TOSTADO Y MOLIDO. RAP: MANEJAR EL CAFÉ EN GRANO Y/O MOLIDO SEGÚN PROCEDIMIENTOS (48 Horas)Desde el 1 de julio, Según Reporte Sofiaplus. Orientar procesos de formación ficha n°3172539 Popayán. COMP: PREPARACIÓN DE BEBIDAS. RAP: Elaborar bebidas conforme a procedimientos técnicos y requerimiento del cliente. (30 Horas)Desde el 3 de julio, Según Reporte Sofiaplus. investigador de Semillero SINERGIA Turismo y Gastronomía, RESOLUCIÓN N No. 19 - 00309 DE 2025 (30 horas)

Total horas mes, 171.9

**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

**ANGEL MUÑOZ ORTIZ**
**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 por ADA LORENA CERON
Fecha: 2025.07.22 20:30:58 05'00'

**ADA LORENA CERON ROSERO**
**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**
**HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | MUNOZ ORTIZ ANGEL |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-10696396 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2025-06-27 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2025-07-22 |
| FECHA DE PAGO: | 2025-07-01 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DAVIVIENDA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2025-06 |
| PERÍODO SALUD: | 2025-06 |
| NÚMERO PLANILLA: | 33600675 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 33600675 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 | $ 178.000 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 227.800 | $ 227.800 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 7.500 | $ 7.500 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 413.300 | $ 413.300 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 26/08/2025 |

DAVIVIENDA

## Pago PSE

Resultado de su transacción

**Código único CUS**
1585500470

**Destino de pago**
ASOPAGOS

**Motivo**
Pago de seguridad Social Integrado

**Fecha**
27/06/2025

**Número de aprobación**
00500470

**Dirección IP**
8.242.189.74

**Valor transacción**
$ 413.300,00

**Costo de la transacción**
$ 0,00 IVA incluido

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| 10.10.11.80 | CC | 10696396 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.