

 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 DE COMERCIO Y SERVICIOS-TOLIMA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		73			
			Código Centro		931010			
			Fecha Elaboración		Diciembre de 2024			
			Versión		MARZO 2024 - 2,24			
			ID de Proceso		32761-321056			
DATOS DEL CONTRATISTA								
Nombres y apellidos:		RICARDO ALEXANDER ECHEVERRY VEGA		Banco a consignar:		BANCO COLPATRIA		
Cédula de Ciudadanía		93.450.050		Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico:		recheverry@sena.edu.co		Número de Cuenta:		5752048946		
IP/N° de contacto:		3228777100		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								
N° del contrato:		6706555/2024		N° Compromiso SIIF		128624		
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		4		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION EN LAS DIFERENTES AREAS DE CONOCIMIENTO DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS EN EL MARCO DE PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA Y COMPLEMENTARIA (REGULAR) Y ASI CUMPLIR LAS METAS						
DATOS PERIODO DEL PAGO								
Del		01/11/2024		Al		30/11/2024		
Número de pago		3		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 6.102.912		
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 14.289.744		
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 1.637.367		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas		6,81%		
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 572.595		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 8.186.832						
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 12.652.377		Menos, ReteFuente Otros Ingresos		\$ 66.951		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 7.423.839		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 505.644		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR								
		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	7.423.839,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		9477598088		Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.465.545,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente	505.644,00	6,81%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL		\$ 43.600		\$ 43.600		Reteica - 8560 - IBAGUE	22.328,00	0,500%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 484.300					0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 378.400					0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 73.900					0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -					0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -					0,00	0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Bomberos	1.340,00	6,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 1.265.238				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 12.393.783		\$ 2.474.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 2.442.000					0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
						VALOR A PAGAR	\$3.936.233,00	
SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE								
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Atención de los programas de formación como instructor para impartir formación, programas atendidos: Ficha: 2824968:2994140								
Realizar la selección de ambientes de aprendizaje 1060C								
Registrar asistencias de los aprendices								
Registro de inasistencias en la plataforma Sofiaplus								
Diseño de materiales de formación a través de herramientas digitales								
Evaluar resultados de aprendizaje de las fichas 2824968:2994140 en SofiaPlus								
apoyo en el proceso de formación a los aprendices de las fichas 2824968:2994140								
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								
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,								
JORGE ARMANDO VARELA RENDON INSTRUCTOR G12								
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 JOSE JOAQUIN SANCHEZ ESCOBAR SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)								

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																												
Identificación		dv	Razon Social				Clase Aportante				Sucursal Principal				Direccion				Ciudad-Departamento				Telefono		Exonerado SENA e ICBF																			
CC 93450050			ECHEVERRY VEGA RICARDO ALEXANDER				INDEPENDIENTE				PRINCIPAL				manzana H casa 9 brisas del pedregal				IBAGUE-TOLIMA				2644606		Si																			
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																												
Periodo		Clave				Tipo		Fecha				Pago																																
Pensión		Salud		Pago		Planilla		Planilla		Limite		Pago		Banco				Dias Mora		Valor																								
2024-10		2024-10		1065867231		9477598088		I		2024/11/15		2024/11/21		NEQUI				6		\$524,800																								
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																												
EMPLEADO				NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS																		
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	de	ta	en	di	pa	ap	vs	co	rs	vt	sl	l	ge	ma	vac	ap	pro	ct	tr	vi	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa			
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,800,000	\$288,000			\$1,800,000	\$225,000			\$0	\$0			\$1,800,000	\$9,400	\$0	\$0			\$1,800,000	\$9,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,800,000	\$288,000			\$1,800,000	\$225,000			\$0	\$0			\$1,800,000	\$9,400	\$0	\$0			\$1,800,000	\$9,400
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)																									\$1,800,000	\$288,000			\$1,800,000	\$225,000			\$0	\$0			\$1,800,000	\$9,400	\$0	\$0			\$1,800,000	\$9,400
1	CC	93450050	ECHEVERRY RICARDO																							23030	30	\$1,800,000	\$288,000	EPS005	30	\$1,800,000	\$225,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,800,000	0.5225			
Total Afiliados(1)																												\$1,800,000	\$288,000			\$1,800,000	\$225,000			\$0	\$0			\$1,800,000				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE															
Identificación		dv	Razon Social			Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 93450050			ECHEVERRY VEGA RICARDO ALEXANDER			INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		manzana H casa 9 brisas del pedregal		IBAGUE-TOLIMA		2644606	Si
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION															
Periodo		Clave			Tipo	Fecha			Pago						
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago		Banco			Dias Mora		Valor	
2024-10	2024-10	1065867231		9477598088	I	2024/11/15	2024/11/21		NEQUI			6		\$524,800	
RESUMEN DE PAGO															
RIESGO		CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA		SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR			
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$288,000	\$1,300		\$0		\$289,300			
PORVENIR		230301		800,224,808	8	1	\$288,000	\$1,300		\$0		\$289,300			
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$9,400	\$100		\$0		\$9,500			
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23		860,011,153	6	1	\$9,400	\$100		\$0		\$9,500			
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$225,000	\$1,000		\$0		\$226,000			
SANITAS		EPS005		800,251,440	6	1	\$225,000	\$1,000		\$0		\$226,000			
TOTAL						1	\$522,400	\$2,400		\$0		\$524,800			



PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, 30 de noviembre 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:

NUIP - NIP	1110596582	NICOLAS ECHEVERRY SALAZAR	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: Ricardo Alexander Echeverry Vega

C.C. 93.450.050



NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1171516

NUIP 1.110.596.582

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Acreditar
Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

ECHEVERRY SALAZAR NICOLAS

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año 2 0 1 7 Mes F E B Día 0 3 MASCULINO 0 +

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

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año 2 0 1 7 Mes F E B Día 2 3 0152685741

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

SALAZAR CASTANEDA MARIELA

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 28.688.858 COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

ECHEVERRY VEGA RICARDO ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 93.450.050 COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

ECHEVERRY VEGA RICARDO ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 93.450.050

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Código

T Z A

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Nombre y firma del funcionario

Año 2 0 1 7 Mes F E B Día 2 8

LUIYEN BARRERO SALAZAR

Registrador del Estado Civil

