

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 CASANARE CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		85	
			Código Centro		951910	
			Fecha Elaboración		Octubre de 2024	
			Versión		MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso		73522-805024	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: JULIO ARMANDO VILLAMIZAR CARDONA			Banco a consignar: BANCO CAJA SOCIAL			
Cédula de Ciudadanía 13.567.254			Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: javillamizarc@misena.edu.co			Número de Cuenta: 24080676649			
IP/N° de contacto: 3163071516			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						
N° del contrato: 5754774/2024		N° Compromiso SIIF 2024		Número de pagos durante la vigencia del contrato 12		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - RED DE CONOCIMIENTO HIDROCARBUROS. RAD 85-9-2024-000153				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del 01/10/2024 Al 31/10/2024		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 10.654.423		
Número de pago 10		Valor Total del Contrato:		\$ 46.996.222		
Valor Bruto Pago: \$ 4.378.530,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 6.275.893		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios \$ 4.378.530		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 \$ 4.378.530		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.581.377		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.581.377,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	7941757558	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.378.530,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.751.412	\$ 1.751.412	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 219.000	\$ 219.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 280.300	\$ 280.300	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL V		\$ -	\$ 0	Reteica - 8299 - YOPAL	43.785,00	1,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 437.853		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% \$37.181.350		\$ 860.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 7.296.171				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$				VALOR A PAGAR	\$4.334.745,00	
SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Fichas 3023368 GESTION DE FACILIDADES PARA PRODUCCION DE HIDROCARBUROS						
96 horas de ejecución de la formación competencia Operar Unidades de Tratamiento de Hidrocarburos						
A.A. Supervisar operación de equipos, instrumentos y accesorios en el tratamiento de hidrocarburos según parámetros y procedimientos						
Fichas 3023382 GESTION DE FACILIDADES PARA PRODUCCION DE HIDROCARBUROS						
95 horas de ejecución de la formación competencia Operar Unidades de Tratamiento de Hidrocarburos						
A.A. Supervisar operación de equipos, instrumentos y accesorios en el tratamiento de hidrocarburos según parámetros y procedimientos						
Numero de horas sofiaplus ejecutadas 191 - Horas cobrada en el mes 160						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:						
1. Cumpli 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						
			JULIO ARMANDO VILLAMIZAR CARDONA 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,			
			MONICA LUCIA MANCIPE RIVERA INSTRUCTOR G11			
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 JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)						

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
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 280.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.300	\$ 0	\$ 280.300
SUBTOTALES:										\$ 280.300	\$ 0	\$ 280.300

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 219.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 219.000	\$ 0	\$ 0	\$ 219.000
SUBTOTALES:									\$ 219.000				\$ 219.000	\$ 0	\$ 0	\$ 219.000

TOTAL	\$ 499.300
--------------	-------------------



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de octubre 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	1029657994	Karla Zaharick Villamizar Bohorquez	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: Julio Armando Villamizar Cardona

C.C. 13567254

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.029.657.994

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51500649

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A F A

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

REGISTRADURIA DE YOPAL-H LA YOPAL - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL

Datos del inscrito

Primer Apellido

VILLAMIZAR

Segundo Apellido

BOHORQUEZ

Nombre(s)

KARLA ZAHARICK

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2011

Mes

OCT

Día

09

FEMENINO

A

POSITIVO

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

COLOMBIA CASANARE YOPAL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

10811602-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BOHORQUEZ EGLA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 33.481.397

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VILLAMIZAR CARDONA JULIO ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 13.567.254

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VILLAMIZAR CARDONA JULIO ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 13.567.254

[Firma manuscrita]

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

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año

2011

Mes

OCT

Día

10

JUAN CARLOS POLANIA ALENCAR - REG

Nombre y firma