

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL TOLIMA DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO		Código Regional	73
			Código Centro	101073
			Fecha Elaboración	Octubre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	49842-330791
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: JONH EDUARD HERNANDEZ ESPINOSA Correo electrónico contratista: jehernandeze@sena.edu.co		C.C. 93.372.958	IP/N° de contacto 84740	
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? NO		
		Es declarante de renta? SI		
		Es Pensionado? NO		
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Inducción SST SI		
		Presta Servicios Excluidos de IVA ? SI		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: SI		Tipo de cta AHORROS		
		N° Cuenta 15313499020		
		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 4635021/2023		N° Compromiso SIIF 9223		
Valor Total del Contrato \$ 49.760.458		N ° Pago 9		Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato \$ 13.571.034		Del 01/10/2023		Al 31/10/2023
Nuevo Saldo del Contrato \$ 9.047.356		Legalización comisiones del periodo		Valor Bruto Pago \$ 4.523.678,00
		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES CO1.PCCNTR.4635021 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA LA ORIENTACIÓN DE USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y PROCESO DE EMPRENDIMIENTO Y EMPRESARISMO DEL SENA		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.523.678		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00%		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Retención en la Fuente del Periodo \$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.523.678		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.659.508		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 2.659.508,00
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		4518036738		Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.523.678,00
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.809.471		\$ 1.809.471		Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 226.200		\$ 226.200		IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 289.600		\$ 289.600		Menos Retención en la Fuente 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA 0,00
ARL \$ 9.500		\$ 9.500		Reteica - 7010 13.571,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833		\$ -		0,300%
\$ 1.130.919		\$ -		0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466		\$ -		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466		\$ -		0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200		\$ -		Bomberos 814,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -		6,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -		0,000%
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ 452.368		Otras Retenciones 0,00
Salud hasta \$ 678.592		\$ -		0,000%
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 886.503		Otras Retenciones 0,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -		\$ -		0,000%
				Descuentos de Libranza 0,00
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$4.509.293,00
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NUEVE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Se realizaron las diferentes reuniones de asesorías Puesta en Marcha con las Empresas OFF qu En el mes de octubre se realizó la verificación del cumplimiento de jornadas de Orientación y de entrenamiento, estando al 100% de las En cumplimiento de la actividad No 6, Inscripción en la plataforma de fondo emprender de la empresa para fortalecimiento empresa Se hizo atención en oficina los días 10 de OCTUBRE según agenda de atención al cliente en el Centro de Desarrollo Empresarial Se ha establecido el plan individual de acción con sus metas respectivas a en lace regional. Se crearon: Empresas OFF 2 -Empresas en Fortalecimiento 1 - Trabajo de apoyo para formulación Fondo Emprender 3 empresas.				
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 diligenciados.				
JONH EDUARD HERNANDEZ ESPINOSA EL CONTRATISTA				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,				
JULY CATHERINE BENITEZ TRIANA PROFESIONAL G02				
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 MARTHA LUCIA AYALA JARA DIRECTOR REGIONAL B G07				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 93372958
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JONH EDUARD HERNANDEZ ESPINOSA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	TOR 1 APT 1007 HACIEN	TELÉFONO: 2719003
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:	4518036738	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2023	SALUD: AÑO: 2023
DÍAS DE MORA:	7	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/10/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996309521

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				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 291.700
SUBTOTAL:			1	\$ 291.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 228.000
SUBTOTAL:			1	\$ 228.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 9.600
SUBTOTAL:			1	\$ 9.600

VALOR SIN MORA:	\$ 525.400
VALOR MORA:	\$ 3.900
TOTAL PAGADO:	\$ 529.300

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, 21 de octubre de 2023

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	1110511429	Simón Nicolas Hernández Santos	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,



Nombre: JOHN EDUARD HERNADEZ E.

C.C. 93.372.958 de Ibagué

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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

43462137

NUIP 1.110.511.429

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE IBAGUE - COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido SANTOS Segundo Apellido

HERNANDEZ SIMON NICOLAS

Fecha de nacimiento Año 2008 Mes MAY Día 29 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía) COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 51391459-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SANTOS GALEANO CLAUDIA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número) CC 37.512.372 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos HERNANDEZ ESPINOSA JONH EDUARD

Documento de identificación (Clase y número) CC 93.372.958 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos HERNANDEZ ESPINOSA JONH EDUARD

Documento de identificación (Clase y número) CC 93.372.958 Firma

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

Año 2008 Mes JUN Día 08

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ANGELA B ROJAS P. LUYEN BARRERO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ES FIEL FOTOCOPIA AUTENTICA TOMADA DEL DOCUMENTO ORIGINAL, QUE REPOSA EN NUESTROS ARCHIVOS

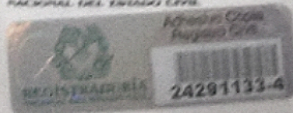


(ART. 114 y 115 Decreto 1260 de 1970 y Art. 1 Decreto 278 de 1978)

ESTE DOCUMENTO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO (Art. 112 del Decreto 2122 de 1982)

Expedido en Ibagué, Tolima

valido para acreditar parentesco



LUIYEN BARRERO SALAZAR
REGISTRADOR ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL

13 FEB 2019

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO