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 CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

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

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**44960-351733**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JORGE LUIS HERNANDEZ DUARTE	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	7.321.259	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jhduarte@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0550488400319684
IP/Nº de contacto:	14754	**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

Nº del contrato:	5930489/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**16824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS-PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FACILITADOR DE LA TECNOACADEMIA ITINERANTE CHOCÓ PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS Y CAPACIDADES DE LOS APRENDICES DE ACUER

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024 Al 31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 49.309.780
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 50.646.995
Valor Bruto Pago:	**$ 5.014.555,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 44.295.225

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.014.555	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 1.337.215		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.351.770**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.567.993**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9463960085**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.005.822	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 250.800	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 321.000	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 10.500	$ 6.800
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 208.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 162.500	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 6.800	
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		$ 635.177	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.189.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 206.548		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.567.993,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.442.755,00	
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 - QUIBDO	8.886,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	75.218,00	1,500%
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	**$4.930.451,00**	

SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Envió de la Proyección de desplazamientos del aula móvil área de diseño e impresión en 3D al líder de SENNOVA y Tecnoacademia

Envió y actualización guías de aprendizaje para el programa: 22520106 Elaboración y construcción de prototipos mecánicos vigencia 2024

Envió a la líder y pedagoga de la programación de horas a ejecutar dentro de las instituciones educativas vigencia 2024.

Actualización de guías de aprendizaje para el programa: 22520106 Elaboración y construcción de prototipos mecánicos vigencia 2024 AULA

Inscripción en el evento Estrategia "Comunidades de práctica en torno a los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Aportes desde I+D+i"

Participación en el diligenciamiento de encuestas de tecnoacademia nacional y reportes de avance de actividades vigencia 2024

Recolección del acuerdo ya con la firma rectora Nidia Asprilla acuerdo de COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL vigencia 2024.

Divulgación de la oferta educativa en el MEGACOLEGIO jornadas mañana y tarde con grados 7, 8 y 9 en conjunto con los facilitadores.

Asistencia a la programación de las actividades del semillero de investigación PROYECTO TECNOACADEMIA VIGENCIA 2024

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

JORGE LUIS HERNANDEZ DUARTE
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,

MARIA ANGELICA VEGA MARCELIN
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

CARLOS NEHEMIAS SALAMANDRA MARTINEZ

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7321259		HERNANDEZ DUARTE JORGE LUIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 26C # 21 -37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	492856756	9463960085	I	2024/03/14	2024/03/04	NEQUI	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	7321259	HERNANDEZ JORGE	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7321259		HERNANDEZ DUARTE JORGE LUIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 26C # 21 -37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	492856756	9463960085	I	2024/03/14	2024/03/04	NEQUI	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

Gmail

Arturo Yecid Moreno Lopez <mlopez3004@gmail.com>

[GLPI #1117129] Confirmación de Colombia Compra Eficiente por solución de su caso

Soporte <glpinotificaciones@secop.gov.co> 18 de marzo de 2024, 9:18 a.m.
Responder a: Soporte Operaciones <glpinotificaciones@secop.gov.co>
Para: ARTURO MORENO <mlopez3004@gmail.com>

Estimado Sr.(a) ARTURO MORENO

Su solicitud sobre 1- S II - Contratos / proveedor registrado con el número 1117129 a su nombre, ha sido resuelto por Wendy Viviana García Castillo , a continuación el detalle de la respuesta:

Fecha de solución: 2024-03-18 09:18
Tipo de solución: Definitivo
Solución :

Cordial saludo,

En atención a su solicitud reportada a la Mesa de Servicio de la Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente, nos permitimos informarle que para el primer pago del contrato, no es obligatorio la validación de la planilla, en el segundo pago, se validará la planilla, más no validará el IBC y ya a partir del tercer pago en adelante, se validará planilla y el IBC.

Gracias por comunicarse con la mesa de servicio, esperamos con esta información haber resuelto su requerimiento.

Le recordamos nuestros canales de atención:

Teléfonos: (+57 601) 7456788 Bogotá y 018000520808 (línea nacional gratuita) en el resto del país.

Página principal www.colombiacompra.gov.co

Formulario Web https://www.colombiacompra.gov.co/soporte/formulario-de-soporte

Seco Bot https://secobot.colombiacompra.gov.co/

Canal (PQRSD) https://www.colombiacompra.gov.co/pqrsd

Carrera

7 No. 26 - 20 Piso 17 o Bogotá – Colombia

Cordialmente,

Mesa de Servicio de la Agencia Nacional de Contratación Pública - Colombia Compra Eficiente.

Si no está de acuerdo con la respuesta, por favor ingrese aquí:

URL: http://mesadeservicio.colombiacompra.gov.co/index.php?redirect=ticket_1117129_Ticket$1&noAUTO=1 **para ingresar digite su número de cédula como usuario y contraseña** y haga clic en el botón **"Rechazar la solución"**

Sin una respuesta, el incidente será cerrado automáticamente después de 3 días

Este es un mensaje automático de carácter informativo. Por favor, no responda ni reenvié mensajes a esta cuenta.

--
Le recordamos que en nuestro sitio de soporte www.colombiacompra.gov.co/soporte usted puede consultar información de interés donde encontrara

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

QUIBDO, 22 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
QUIBDO

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:

TI	**1220220815**	**EMILIANO JOSÉ HERNANDEZ CANOLES**	**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,



JORGE LUIS HERNANDEZ DUARTE
C.C. 7321259

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.220.220.815

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152654164

- 29547161 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E Q Y

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

REGISTRADURIA DE USAQUEN-CLINICA COLSUBSIDIO ORQUIDEAS - COLOMBIA -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	CANOLES

Nombre(s)

EMILIANO JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes NOV Día 30	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13135500-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CANOLES GARCIA KIMBERLY MELISSA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.050.947.443	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ DUARTE JORGE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 7.321.259	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ DUARTE JORGE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)

CC 7.321.259 X

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 2015 Mes DIC Día 01	GASTON FERNANDO CUAN NARANJO - R Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
X Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

01.DIC.2015 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 20 FOLIO 0223-YEINI.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.052.417.887

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **152809882**

52809882

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D X Y

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

REGISTRADURIA DE DUITAMA - COLOMBIA - BOYACA - DUITAMA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	CANOLES

Nombre(s)

EVA MAR

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes FEB Día 20	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15358260-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CANOLES GARCIA KIMBERLY MELISSA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.050.947.443	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ DUARTE JORGE LUIS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 7.321.259	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CANOLES GARCIA KIMBERLY MELISSA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.050.947.443	

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 2019 Mes FEB Día 22	HENRY MARTINEZ MAHECHA - REGISTRA Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -