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 META

DESPACHO DIRECCION

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

Código Regional	**50**
Código Centro	**101050**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**91546-782217**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NARCISO JOSE TOLOSA QUINTERO	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	17.421.866	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	njtolosa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	5582027634
IP/Nº de contacto:	0	**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 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	SI
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:	5887502/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**12124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS; PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ORIENTACIONES, PAUTAS, MECANISMOS, ESTRATEGIAS Y PROCEDIMIENTOS DEFINIDOS PARA LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL Y LOS DEL SISTEMA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024 Al 31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 44.851.910
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.141.050
Valor Bruto Pago:	**$ 4.485.191,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 40.366.719

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.485.191	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	**$ 4.485.191**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.636.872**	**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		----------	**9464560228**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.794.076	$ 1.315.656
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 224.300	$ 164.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 287.100	$ 210.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 6.900
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		$ 448.519	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 879.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 644.557		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.636.872,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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 - 8299 - VILLAVICENCIO N	0,00	0,000%
-	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	**$4.485.191,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CIENTO NOVENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se desarrolla reunión para seguimiento y monitoreo al Plan de Actualización de Catálogo de los centros de formación.

Se espera aprobación del plan de visitas a los centros de formación para desarrollar cronograma de visita.

Se realiza la solicitud de registros de inscripción de la II oferta educativa.

Se realiza el comparativo de los registros de inscripción a sugerencias de formación.

Se desarrolla reunión para seguimiento y monitoreo a los proyectos SENNOVA de los centros de formación.

Se realiza depuración de los instructores participantes de la convocatoria de energía renovable.

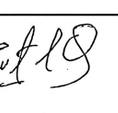
Participación en las clínicas de caso de administración educativa regional.

Se elabora el informe mensual de ejecución del mes de marzo.

Se elabora el plan de acción mensual 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



NARCISO JOSE TOLOSA QUINTERO
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,



ROSA MARIA VILLAMARIN GARCIA
PROFESIONAL G03

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
GUSTAVO ENRIQUE OCHOA ROCHA
DIRECTOR REGIONAL B G07

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17421866		NARCISO JOSE TOLOSA QUINTERO	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 35A # 5A-91 S	VILLAVICENCIO-META	6562289	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	525948829	9464560228	I	2024/04/15	2024/03/20	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$556,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					**$1,800,000**	**$288,000**			**$1,800,000**	**$225,000**			**$0**	**$0**			**$1,800,000**		**$43,900**		**$0**	**$0**		**$556,900**
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					**$1,800,000**	**$288,000**			**$1,800,000**	**$225,000**			**$0**	**$0**			**$1,800,000**		**$43,900**		**$0**	**$0**		**$556,900**
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)																					**$1,800,000**	**$288,000**			**$1,800,000**	**$225,000**			**$0**	**$0**			**$1,800,000**		**$43,900**		**$0**	**$0**		**$556,900**
1	CC	17421866 TOLOSA NARCISO							X											25-14	30	$1,800,000	$288,000	EPS005	30	$1,800,000	$225,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,800,000	2.436%	$43,900	0	$0	$0	No	$556,900
Total	**Afiliados(1)**																					**$1,800,000**	**$288,000**			**$1,800,000**	**$225,000**			**$0**	**$0**			**$1,800,000**		**$43,900**		**$0**	**$0**		**$556,900**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17421866		NARCISO JOSE TOLOSA QUINTERO	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 35A # 5A-91 S	VILLAVICENCIO-META	6562289	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	525948829	9464560228	I	2024/04/15	2024/03/20	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$556,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$0	$0	$288,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$288,000	$0	$0	$288,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,900	$0	$0	$43,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$43,900	$0	$0	$43,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$0	$0	$225,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$225,000	$0	$0	$225,000
TOTAL				**1**	**$556,900**	**$0**	**$0**	**$556,900**

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

VILLAVICENCIO, 8 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
VILLAVICENCIO

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	1122931906	ZAYRA VALENTINA TOLOSA PARDO	Hijo(a)

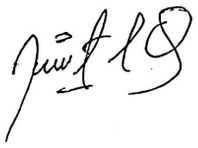
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



NARCISO JOSE TOLOSA QUINTERO
C.C. 17421866