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 CÓRDOBA

CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CÓRDOBA-CÓRDOBA

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

Código Regional	**23**
Código Centro	**952310**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**51869-687743**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JENNIFFER HERNANDEZ GUZMAN	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	25.775.911	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jenisantiagohernandez@gmail.com	**Número de Cuenta:**	56921797180
IP/Nº de contacto:	53527	**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

Nº del contrato:	5852458/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**11424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL EN EL CENTR

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024 Al 30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 27.724.360
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 34.655.450
Valor Bruto Pago:	**$ 3.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 24.258.815

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.465.545	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.465.545		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.931.090**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.035.181**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9464534033**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.386.218	$ 1.386.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 173.300	$ 173.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 221.800	$ 221.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 33.800	$ 33.800
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 221.800	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 173.300	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 33.800	
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		$ 693.109	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 1.345.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.345.523		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.035.181,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.070.445,00	
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 - MONTERIA	6.141,00	0,200%
-	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	**$3.459.404,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Se continua ejecutando las siguientes Formaciones tituladas del Programa de Oferta Regular:
2. Se continua ejecutando la formación titulada de Técnico de servicio de restaurante y bar Ficha #2877834 de la jornada de la mañana
3. Se continua ejecutando la formación titulada de Técnico de servicio de restaurante y bar Ficha #2877829 de la jornada de la noche
4. Se continua en el proceso de selección ymatrícula del Auxiliar de Servicios de Bartender que está proyectado para iniciar formación en el mes de Mayo
5. Se proyecta para iniciar formación complementaria Técnicas de mesa y bar para este mes de Abril

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

JENNIFFER HDEZ G

JENNIFFER HERNANDEZ GUZMAN
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,

David Ortega M.

DAVID ALBERTO ORTEGA MEJIA
INSTRUCTOR G08

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 ANASTASIO RESTREPO CASTELLANOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

22/04/24 08:58:10 USUARIO: SIC - C.C. 25775911

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9486736021 DV: 507409
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 12/04/2024 16:49:34
PAP: 993371
Nombre: N A
Apellido 1: N A
NUM PLANILLA: 9464534033
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 25775911
PERIODO: 202403
Referencia: 9464534033Valor: $433.400,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Powered by CamScanner

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 25775911		HERNANDEZ GUZMAN JENNIFFER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 1A # 11 35	MONTERIA-CORDOBA	7918414	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	49331684	9464534033	I	2024/04/03	2024/04/15	BANCO DE OCCIDENTE	12	$433,400

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)					$1,386,218	$221,800			$1,386,218	$173,300			$0	$0			$1,386,218	$33,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,386,218	$221,800			$1,386,218	$173,300			$0	$0			$1,386,218	$33,800		$0	$0
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (1 Afiliados)					$1,386,218	$221,800			$1,386,218	$173,300			$0	$0			$1,386,218	$33,800		$0	$0
1	CC 25775911	HERNANDEZ JENNIFFER	230301	30	$1,386,218	$221,800	ESSC07	30	$1,386,218	$173,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,386,218	$33,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,386,218	$221,800			$1,386,218	$173,300			$0	$0			$1,386,218	$33,800		$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 25775911		HERNANDEZ GUZMAN JENNIFFER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 1A # 11 35	MONTERIA-CORDOBA	7918414	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	49331684	9464534033	I	2024/04/03	2024/04/15	BANCO DE OCCIDENTE	12	$433,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$221,800	$2,300	$0	$224,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$221,800	$2,300	$0	$224,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,800	$400	$0	$34,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$33,800	$400	$0	$34,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$173,300	$1,800	$0	$175,100
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$173,300	$1,800	$0	$175,100
TOTAL				**1**	**$428,900**	**$4,500**	**$0**	**$433,400**

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

MONTERIA, 7 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
MONTERIA

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	**1062983016**	**Maria Camila Hernandez Hernandez**	**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,

JENNIFFER HERNANDEZ GUZMAN
C.C. 25775911

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.062.983.016

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56048962

56048962

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código H 2 R

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

NOTARIA 3 MONTERIA - COLOMBIA - CORDOBA - MONTERIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	HERNANDEZ

Nombre(s)

MARIA CAMILA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes OCT Día 25	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CORDOBA MONTERIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	138210477

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ GUZMAN JENNIFFER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 25.775.911	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ CONTRERAS OSWALDO ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 6.876.008	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ CONTRERAS OSWALDO ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	
CC 6.876.008	

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 2016 Mes OCT Día 31	LUGY ARROYO PANTOJA-NOTARIO(E) - Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

31.OCT.2016 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 69 FOLIO 00075.

EL NOTARIO TERCERO DE MONTERÍA
CERTIFICA
Que el presente documento coincide en todas sus partes con el original que reposa en el archivo de esta Notaria

REPUBLICA DE COLOMBIA
MIGUEL FUCHE YAÑEZ

29 NOV 2022

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -