

<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 VALLE CENTRO DE LA CONSRTUCIÓN-VALLE Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		76
			Código Centro		922810
			Fecha Elaboración		Mayo de 2024
			Versión		MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso		46544-817660
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: JOHN FERNANDO BUENO CORREDOR			Banco a consignar: DAVIVIENDA		
Cédula de Ciudadanía 16.729.021			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: jfbuenoc@sena.edu.co			Número de Cuenta: 0570017370126991		
IP/N° de contacto: 3167057479			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					
N° del contrato: 5856552/2024		N° Compromiso SIIF 11924		Número de pagos durante la vigencia del contrato 8	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL DE INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN LA RED DE LOGISTICA Y GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN EN EL AREA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - TRABAJO			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/05/2024		Al 31/05/2024		Saldo Anterior del Contrato: \$ 22.327.725	
Número de pago 4				Valor Total del Contrato: \$ 35.724.360	
Valor Bruto Pago: \$ 4.465.545,00				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 17.862.180	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 4.465.545		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 \$ 4.465.545		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.632.890		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Mayo		Abril	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		76526340	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL V		\$ -		\$ 0	
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		\$ 446.555			
Salud hasta \$ 753.040		\$ -			
Renta Exenta 25% \$24.787.566		\$ 877.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 2.855.222					
Retención en la Fuente Contingente		\$			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.632.890,00	
				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 0,00 0,000%	
				0,00 0,000%	
				0,00 0,000%	
				0,00 0,000%	
				0,00 0,000%	
				Pro-UCEVA 22.328,00 0,500%	
				Universidad del Pacífico 0,00 0,500%	
				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 \$4.443.217,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Reunión desarrollo curricular de los programas de formación de Trabajo en Alturas					
Actualización de guías e instrumentos de evaluación para cargue en DRIVE					
Verificación de solicitudes de los procesos formativos de trabajo en alturas					
Desarrollo de procesos formativos en trabajo en alturas a las empresas solicitantes					
Evaluación y emisión de juicios evaluativos de los procesos formativos de trabajo en alturas					
Seguimiento y desarrollo del cronograma de trabajo avalado por la coordinación académica.					
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					
			JOHN FERNANDO BUENO CORREDOR 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,		
			ALFREDO DELGADO VIDAL PROFESIONAL G04		
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 BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02					

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	03/05/2024	76526340	\$519.600	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS012	Comfenalco Valle EPS	890303093-5	223.800	0		0		0	0	0	223.800	1	

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	286.400	0	0	0	0	0	0		286.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.800	223.800
Pensión	1	286.400	286.400
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	519.600	519.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	16729021	JOHN FERNANDO BUENO CORREDOR		CLL 5C 29-29	5566011	anfibio01@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
					1
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-04	2024-04	I	03/05/2024	76526340	\$519.600

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	16729021	BUENO CORREDOR JOHN FERNANDO	57	0			N																	25-14	1.790.000	286.400	0	0	0	0	EPS012	1.790.000	223.800	14-23	1.790.000	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

REPUBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.109.552.938 **REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO** Indicativo Serial 51392414

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 04 Consultado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código T 8 Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
NOTARIA 4 CALI - COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido BUENO Segundo Apellido VARGAS

Nombre(s) SOPHIA

Fecha de nacimiento Año 2012 Mes AGO Día 08 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)
COLOMBIA VALLE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 11431487.3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos VARGAS EDNA KARINA

Documento de identificación (Clase y número) CC 31.572.199 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos BUENO CORREDOR JOHN FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número) CC 16.729.021 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos BUENO CORREDOR JOHN FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número) CC 16.729.021 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 2012 Mes AGO Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza SANDRA PATRICIA TOBAR PEREZ - NOT

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento SANDRA PATRICIA TOBAR PEREZ NOTARIA CUARTA DE SANTANDER

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LA MADRE ACEPTA EL RECONOCIMIENTO

IMPRESO POR THOMAS GREG & SOHS DE COLOMBIA S.A. NIT 580.035.080-2 TEL 331 0240

NOTARIA 4

Se expide la presente copia previa solicitud de John Bueno.
Identificado(a) con cédula de ciudadanía N° 11438245 con el fin de demostrar parentesco. El presente documento es fiel copia del Registro Civil de Nacimiento que reposa en los archivos de esta Notaría, en el Torno 5 Folio 51392414
Valido para:
Expedida en Santiago de Cali el

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

CALI, 2 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
CALI

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:

RC	1109552938	Sophia Bueno Vargas	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,

JOHN FERNANDO BUENO CORREDOR
C.C. 16729021