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 TOLIMA

CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA

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

Código Regional	**73**
Código Centro	**912310**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**14778-119431**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JHONATTAN ANDRES CHACON VERA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	14.139.677	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jachacon@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	07954001568
IP/Nº de contacto:	3162919048	**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:	5846172/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**15224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal como Instructor para planear y orientar la Formación Profesional Integral en la Red de Conocimiento AGRICOLA - AREA TEMATICA AGROINDUSTRIAL - CONTROL DE CALIDAD E INOCUIDAD - PROCESAMIENTO DE ALIMENTOS - CARNICOS Y DERIVADOS - FRUTAS Y VERDURAS - LÁCTEOS Y DERIVADOS -

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024**	**Al**	**31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 42.072.667
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 46.532.667
Valor Bruto Pago:		**$ 4.460.000,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 37.612.667

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.460.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	2,76%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 144.291
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.460.000		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.920.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.230.600**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 144.291**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9465213780**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.784.000	$ 1.784.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.000	$ 223.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.500	$ 285.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 18.700	$ 18.700
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 285.500	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 223.000	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 18.700	
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		$ 892.000	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.743.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 983.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.230.600,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.460.000,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	144.291,00	2,76%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551 - ESPINAL	22.300,00	0,500%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-Universidad	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	**$4.293.409,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes de marzo imparti la accion de formacion complementaria denominada ELABORACION DE CONSERVAS DE FRUTAS Y HORTALIZAS con fichas 2949714, 2949715, 2949272 y 2949279 en el municipio de Roncesvalles, aula movil de procesamiento de frutas y hortalizas. Se inscribieron y certificaron un total de 75 aprendices. Se desarrollo contenido tematico correspondiente a elaboracion de conservas de frutas de mora y uva.

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

Jhonattan Andres Chacon Vera.

JHONATTAN ANDRES CHACON VERA
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,

FAVIO ARMANDO MEDINA CALDERON
INSTRUCTOR G20

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
JUAN CAMILO SOTO DIAZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 14139677		CHACON VERA JHONATTAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ E CASA 5 EL PEDREGAL	IBAGUE-TOLIMA	2714998	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	548088703	9465213780	I	2024/03/19	2024/04/02	BANCOLOMBIA	14	$533,700

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)							$1,784,000	$285,500			$1,784,000	$223,000			$0	$0			$1,784,000	$18,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,784,000	$285,500			$1,784,000	$223,000			$0	$0			$1,784,000	$18,700		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)							$1,784,000	$285,500			$1,784,000	$223,000			$0	$0			$1,784,000	$18,700		$0	$0
1	CC	14139677	CHACON JHONATTAN		230301	30	$1,784,000	$285,500	EPS005	30	$1,784,000	$223,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,784,000	$18,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$1,784,000	$285,500			$1,784,000	$223,000			$0	$0			$1,784,000	$18,700		$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 14139677		CHACON VERA JHONATTAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ E CASA 5 EL PEDREGAL	IBAGUE-TOLIMA	2714998	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	548088703	9465213780	I	2024/03/19	2024/04/02	BANCOLOMBIA	14	$533,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,500	$3,500	$0	$289,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$285,500	$3,500	$0	$289,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,700	$300	$0	$19,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,700	$300	$0	$19,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,000	$2,700	$0	$225,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$223,000	$2,700	$0	$225,700
TOTAL				**1**	**$527,200**	**$6,500**	**$0**	**$533,700**

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SENA - CFP 739123
RADICACION RECIBIDA
N°73-1-2024-002512
03/04/2024 03:27 pm

Espinal, 03 de abril de 2024

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:

T.I.	**1030283119**	**Isabel Sofia Chacón Martínez**	**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,

Jhonattan Andrés Chacón Vera.

_____

FIRMA
Nombre: Jhonattan Andrés Chacón Vera .
C.C. 14139677 .

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

NUIP 1.030.283.119

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43162663

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A H V

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

REGISTRADURIA DE IBAGUE H UNIV F LI A - COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHACON	MARTINEZ

Nombre(s): ISABEL SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes JUN Día 08	FEMENINO	A	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51391511-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ MORA GLORIA STEFANY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.110.459.688	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CHACON VERA JHONATTAN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 14.139.677	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CHACON VERA JHONATTAN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 14.139.677	Jhonattan A Chacon Vera

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 2009 Mes JUN Día 09	ANGELA B ROJAS LUIYEN BARRERO S. Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jhonattan A Chacon Vera Firma	ANGELA B. ROJAS LUIYEN BARRERO S. Registradora Municipal y Jefe de Ibague (e)

ESPACIO PARA NOTAS

ORGANIZACION ELECTORAL
Registraduría del Estado Civil
IBAGUE - TOLIMA
ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL
IBAGUE 24 SEP 2015
REGISTRADOR ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
17078779-1

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO