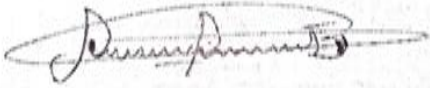


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) REGIONAL CESAR CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		20
			Código Centro		952010
			Fecha Elaboración		Junio de 2024
			Versión		MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso		06731-452912
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: JEANCARLOS RAMIREZ GALLARDO			Banco a consignar: DAVIVIENDA		
Cédula de Ciudadanía 1.065.898.257			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: jcramirez752@misena.edu.co			Número de Cuenta: 0550067300067757		
IP/N° 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		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: 6225602/2024		N° Compromiso SIIF 90024		Número de pagos durante la vigencia del contrato 7	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: EN EL ÁREA DE CULTURA FÍSICA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN CAMPESENA TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DEL CENTRO AGROEMPRESARIAL CPE NO. 20-9-2024-004212			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/06/2024 Al 30/06/2024		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 21.136.913	
Número de pago 3		Valor Total del Contrato:		\$ 26.793.270	
Valor Bruto Pago: \$ 4.465.545,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 16.671.368	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 4.465.545		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas		4,28%	
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 247.045	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 5.656.357		Menos, ReteFuente Otros Ingresos		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 10.121.902		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 247.045	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 5.771.412					
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Junio	Mayo	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 5.771.412,00 TARIFA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	8631094576	Base retención en la fuente a titulo de ICA 0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218	\$ 1.786.218	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300	\$ 223.300	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800	\$ 285.800	Menos Retención en la Fuente 247.045,00 4,28%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%	
ARL I		\$ 9.400	\$ 9.400	Reteica - 8299 0,00 0,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 493.800		0,00 0,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 385.800		0,00 0,000%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 16.200		0,00 0,000%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		0,00 0,000%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Pro-Universidad 22.328,00 0,500%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Dependientes hasta		\$ 1.012.190		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Renta Exenta 25%		\$ 21.689.120	\$ 1.924.000	0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 1.430.000		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR \$4.196.172,00	
SON: CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO SETENTA Y DOS PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Orientar la Formación de aprendices en las áreas, en las competencias, los resultados de aprendizaje y las actividades de los proyecto					
Planear y ejecutar el desarrollo curricular del programa (s) que se le asignen durante la ejecución de su contrato					
Participar en el proceso de Inducción de Aprendices					
Llevar control de las inasistencias de los aprendices a la formación, registrar en el aplicativo institucional					
Asociar los aprendices a la ruta de aprendizaje en el aplicativo institucional					
Emitir los juicios de evaluación con base en la valoración de las evidencias de aprendizaje					
Desplazarse a otras ciudades o municipios diferentes al domicilio contractual para el cumplimiento del contrato					
Presentar el reporte de eventos en SOFIA PLUS (Programación con visto bueno del coordinador académico o misional					
Llevar y mantener actualizado el portafolio de evidencias del instructor según lo indica la guía para desarrollar procesos formativos.					
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					
				JEANCARLOS RAMIREZ GALLARDO EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.				JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA 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 SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					



PAGOS
online.net

Nit: 63551866-1

PAGOS ONLINE.NET

PAGOS SEGUROS EN LINEA

Operador PILA: ASOPAGOS
Impuestos Departamentales de Vehículos
Seguridad Social y Parafiscales
Facturas Nacionales y Servicios locales



Pagos de facturas
y servicios



Recargas en línea



Departamental
y Municipal

Su transacción ha sido realizada exitosamente.

Fecha	14/06/2024 02:13:38 PM
Forma de pago	Efectivo / Recaudo Electrónico PSE
Caja # / Sucursal	02 / Aguachica
Periodo Cotización	Mayo de 2024
Número Transacción	41
Estado	RECIBIDO

La Autoliquidación Integrada contiene los siguientes datos:

Cotizante	JEANCARLOS RAMIREZ GALLARDO
Doc. Identificación	CC - 1065898257
Número Control Interno	2024- 00283727
Numero Planilla Asopagos	8631094576
Tipo Cotizante	Independiente

TIPO	CODIGO	EMPRESA	BASE	INTERES	SUBTOTAL
EPS	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	\$ 223.300	\$ 1.700	\$ 225.000
ARP	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	\$ 9.500	\$ 100	\$ 9.600
AFP	230301	PORVENIR	\$ 285.900	\$ 2.200	\$ 288.100
Costos de Recaudo					\$ 9.500
Total a pagar					\$ 532.200

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

14 JUN 2024
EFFECTIVO RECIBIDO
8631094576 AGUACHICA

Firma / Sello Caja

Observaciones: Operador de Recaudo: Banco de Occidente y Davivienda; Pagos realizados después de 3:00 p.m. y fines de semana son certificados en corte del día hábil siguiente. Para aclarar pagos ante la EPS, descargue el certificado de Aportes de la página www.asopagos.com → **Certificado de Aportes**

Recuerde: Debe realizar la respectiva afiliación ante la EPS, pensión y ARL; el pago de la planilla no exime del respectivo proceso de afiliación.

Dirección: Carrera 18 # 4-63 – 3114163836
www.pagos-online.net – e-mail: soporte@pagos-online.net
Aguachica, Cesar



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

VALLEDUPAR, 23 de Abril del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
VALLEDUPAR

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	1065923175	ISABELLA RAMIREZ CHAVEZ	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,

JEANCARLOS RAMIREZ GALLARDO
C.C. 1065898257

NUIP

1.065.923.175

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

RAMIREZ CHAVEZ ISABELLA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año 2019 Mes OCT Día 15 FEMENINO

O +

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

COLOMBIA CESAR AGUACHICA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año 2019 Mes NOV Día 01 0059082370

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

CHAVEZ MATEUS KAREN DAYANA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.091.660.694

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

RAMIREZ GALLARDO JEANCARLOS

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.065.898.257

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

CHAVEZ MATEUS KAREN DAYANA

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.091.660.694

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - COLOMBIA Municipio - CESAR AGUACHICA

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Nombre y firma del funcionario

Año 2019 Mes NOV Día 01

DIANA MARCELA IBARRA PARRA

Registrador del Estado Civil