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 CASANARE

CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE

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

Código Regional	**85**
Código Centro	**951910**
Fecha Elaboración	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**13602-843279**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JHON JAIRO PINO MARTINEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	72.295.781	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jhonjairopino@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	90033521587
IP/Nº de contacto:	43656	**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:	5828504/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**12524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR CON LA EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA - RED DE CONOCIMIENTO HOTELERÍA Y TURISMO. RAD 85-9-2024-000244.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2024**	**Al**	**30/06/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 26.820.540
Número de pago	**5**			**Valor Total del Contrato:**	$ 44.700.900
Valor Bruto Pago:			**$ 4.470.090,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 22.350.450

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.470.090	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	**$ 4.470.090**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.937.790**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9468012180**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.788.036	$ 1.788.036
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.600	$ 223.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 286.100	$ 286.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 43.600	$ 43.600
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		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 979.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.916.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.937.790,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.470.090,00	
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 - YOPAL	44.701,00	1,000%
-	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	**$4.425.389,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se informa que se adelanta el trabajo de alistamientos, administrativo

Se establecen horarios y se continua con el proceso de inscripciones en SOFIA PLUS para las fichas de grado 10 y grado 11

Se realizó el proceso pertinente y la asistencia frente a las reuniones propuestas por la líder del programa, además, de las reuniones organizados por el grupo de instructores y la socialización con las IES articuladas al programa de COCINA Y AGRINDUSTRIA ALIMENTARIA

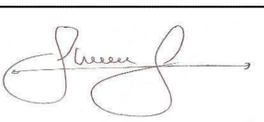
Actividades instituciones en el desarrollo del proyecto de aprendizaje del programa COCINA Y AGRINDUSTRIA ALIMENTARIA

Se estará realizando de manera constante la revisión de los juicios evaluativos dentro del programa de formación profesional integral en las fichas de grado 11

Horas ejecutadas en el mes de Junio 160 horas.

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



JHON JAIRO PINO MARTINEZ
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,

EDWIN ALONSO QUINTERO
INSTRUCTOR G11

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
JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)

27/06/24 11:01:41 USUARIO: SIC - C.C. 72295781

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 72295781		PINO MARTINEZ JHON JAIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 30 #12-75	MEDELLIN-ANTIOQUIA	5807144	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	729774463	9468012180	I	2024/07/18	2024/06/26	BANCOLOMBIA	0	$553,300

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)					$1,788,036	$286,100			$1,788,036	$223,600			$0	$0			$1,788,036	$43,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,788,036	$286,100			$1,788,036	$223,600			$0	$0			$1,788,036	$43,600		$0	$0
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)					$1,788,036	$286,100			$1,788,036	$223,600			$0	$0			$1,788,036	$43,600		$0	$0
1	CC 72295781	PINO JHON	25-14	30	$1,788,036	$286,100	EPS005	30	$1,788,036	$223,600		0	$0	$0	14-23	30	$1,788,036	$43,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,788,036	$286,100			$1,788,036	$223,600			$0	$0			$1,788,036	$43,600		$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 72295781		PINO MARTINEZ JHON JAIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 30 #12-75	MEDELLIN-ANTIOQUIA	5807144	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	729774463	9468012180	I	2024/07/18	2024/06/26	BANCOLOMBIA	0	$553,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$286,100	$0	$0	$286,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$286,100	$0	$0	$286,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,600	$0	$0	$43,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$43,600	$0	$0	$43,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,600	$0	$0	$223,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$223,600	$0	$0	$223,600
TOTAL				1	$553,300	$0	$0	$553,300

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 31 de Junio 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:

NUIP - NIP	**1033263987**	**VIOLETA PINO BARAJAS**	**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 dela 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,



FIRMA

Nombre: JHON JAIRO PINO MARTINEZ

C.C. 72295781

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1033263987

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53214645

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 19 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 0014

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

COLOMBIA | ANTIOQUIA | MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PINO	BARAJAS

Nombre(s)

VIOLETA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes ENE Día 05	FEMENINO	**********	

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

COLOMBIA | ANTIOQUIA | MEDELLIN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12314409 - 2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BARAJAS DUQUE MARIA DEL PILAR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.NR. 43.220.067 MEDELLIN	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PINO MARTINEZ JHON JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.NR. 72.295.781 BARRANQUILLA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PINO MARTINEZ JHON JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.NR. 72.295.781 BARRANQUILLA	

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 2014 Mes ENE Día 13	JAIME ALBERTO PALACIOS CALLE Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARÍA DIECINUEVE
DEL CIRCULO DE MEDELLÍN

Es fiel copia tomada del original que reposa en el archivo de esta Notaría. Se expide para acreditar parentesco a solicitud de EL PADRE

Cédula de Ciudadanía Nro. 72295781
Con destino: EFECTOS CIVILES
Tomada del Folio Nro. ##########
Fecha: Medellín
13 ENE 2014

CARLOS JAVIER PALACIOS CALLE
NOTARIO DIECINUEVE DE MEDELLÍN

Scanned by CamScanner