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 ATLÁNTICO

CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACIÓN- ATLÁNTICO

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

Código Regional	**8**
Código Centro	**920810**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**98886-394851**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JUAN CARLOS LEON PEÑARANDA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	5.030.453	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jcleonp@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0550026600313972
IP/Nº de contacto:	666666	**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	SI
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?	SI
Concepto del pago corresponde a:	Servicios en general a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	4,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5820835/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**62024**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	RP-INSTRUCTOR: DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL POR COMPETENCIAS LABORALES, MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE POR PROYECTOS EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE DESARROLLO DE COLECCIONES PARA LA INDUSTRIA DE LA MODA. ONBASE 08-9-2024-004072				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2024 Al 31/08/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 6.698.319
Número de pago	**7**	**Valor Total del Contrato:**	$ 24.672.138
Valor Bruto Pago:	**$ 3.349.159,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 3.349.160

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.349.159	Servicios en general a persona declarante de renta	4,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 133.966
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.349.159**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.969.343**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 133.966**

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**30328487**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.339.664	$ 1.339.664
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 167.500	$ 167.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 214.400	$ 214.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.000	$ 7.000
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		$ 334.916	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 24.787.566	$ 656.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.461.981		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.349.159,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.967.259,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	133.966,36	4,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BARRANQUILLA	29.673,00	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	**$3.185.520,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional a las fichas desarrollo de colecciones para la industria de la moda 2918404 (planos técnicos)-2824873 (
Registrar asistencia en Sofia
Hacer seguimiento a los aprendices
Participar en el desarrollo curricular en los programas de formación
Impartir formación profesional a la ficha Marketing digital para el sistema moda 2998086

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



JUAN CARLOS LEON PEÑARANDA
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,

IBETH SOCORRO TEJERA MORALES
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
HERNANDO LUIS ESTARITA TAPIAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 5030453	0	JUAN CARLOS LEON PEÑARANDA	I	0	SINARP - SINARP	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
8-1	KRA 31 71 28		3154899003			MILDREDDELPILAR123@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-07	2024-07	30328487	I	2024-07-31	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	387.600	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	30328487	2024-08-14	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 5030453	LEON PEÑARANDA JUAN CARLOS	1.360.000																	0			30	30	0	0	COLPENSION ES-25-14	1.360.000	217.600	0	0	EPS SURA-EPS010	1.360.000	170.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	0	0	0,00000	0	0	0	0	0	03	0	387.600	N	0

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 5030453	0	JUAN CARLOS LEON PEÑARANDA	I	0	SINARP - SINARP	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
8-1	KRA 31 71 28		3154899003			MILDREDDELPILAR123@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-07	2024-07	30328487	I	2024-07-31	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	387.600	0	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	30328487	2024-08-14	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.360.000	1.360.000	0	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	217.600	0	0	0	217.600
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	217.600	0	0	0	217.600
EPS(Administradoras: 1)				1	170.000	0	0	0	170.000
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	170.000	0	0	0	170.000
Gran Total					387.600	0	0	0	387.600

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BARRANQUILLA, 19 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
BARRANQUILLA

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:

C.C.	22388048	EDITH PEÑARANDA CELIS	Madre

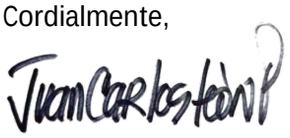
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia sean por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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,



JUAN CARLOS LEON PEÑARANDA
C.C. 5030453