

<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 CHOCÓ CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	27
			Código Centro	952210
			Fecha Elaboración	Julio de 2024
			Versión	MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso	30679-859198
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: JHONNY SMITH ROSERO PARRA		Banco a consignar: BANCO AGRARIO DE COLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía: 1.077.421.782		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: jsroserop@sena.edu.co		Número de Cuenta: 433030177529		
IP/N° de contacto: 3218587104		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?				
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000				
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)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
N° del contrato: 5886472/2024		N° Compromiso SIIF: 8624		Número de pagos durante la vigencia del contrato: 11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		CONTRATACIÓN INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE 22 INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL COMPLEMENTARIA VICTIMA, EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DE LA REGIONAL CH		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/07/2024 Al 31/07/2024		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 24.600.000
Número de pago: 6		Valor Total del Contrato:		\$ 44.850.000
Valor Bruto Pago: \$ 4.500.000,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 20.100.000
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.500.000		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones \$ 0		Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.500.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.645.600		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Julio	Junio	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.645.600,00 TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	4556192654	Base retención en la fuente a título de ICA 3.987.000,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.800.000	\$ 1.800.000	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 225.000	\$ 225.000	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 288.000	\$ 288.000	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA 0,00 15%
ARL I		\$ 9.400	\$ 9.400	Reteica - 8551 - QUIBDO 7.974,00 0,200%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		- 0,00 0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		- 0,00 0%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		- 0,00 0%
Dependientes hasta		\$ 450.000		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		Pro Utch 67.500,00 1,500%
Renta Exenta 25% \$34.082.904		\$ 882.000		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 4.036.925				Otras Retenciones 0,00 0,000%
Retención en la Fuente Contingente \$				0,00
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$4.424.526,00
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL QUINIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
durante el mes de julio se continua la ejecucion de las diferentes formaciones segun los programas de formacion elaboracion de product				
de aseo para el hogar con fichas numero:3015418 - 315425 y manejo de los residuos solidos con fichas numero:3015403- 3015416 con 98				
aprendices matriculados del programa victima en la modalidad complementaria. para desarrollar las diferentes actividades academicas				
se realiza y socializa la guia de aprendizaje para conocer el orden en que se van a desarrollar las activiadaes y cuales son los tema				
ticas y materiales a utilizar para cada una de ellas, para orientar las estrategias deenseñanza aprendizaje se socializan los contenido				
tematicos como unidades de medida, se realiza taller basico sobre unidades de medida,debatir sobre la tematica residuos peligrosos y				
no peligrosos, descubrir una sopa de letras sobre algunos terminos aplicados a la elaboracion de productos de aseo,realizar cuestionar				
sobre preguntas relacionada con los impactos ambientales ocasionados por el mal manejo de los residuos solidos en el municipio.				
laboratorios practicos donde los aprendices realizan los diferentes productos de aseo, poniendo en practica todo lo aprendido en clase				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				
1. Cumpli 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		<div>Jhonny Smith Rosero P.</div> <div>JHONNY SMITH ROSERO PARRA EL CONTRATISTA</div>		
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;		<div>Elsa Ines Romaña Romaña</div> <div>ELSA INES ROMAÑA ROMAÑA INSTRUCTOR G15</div>		
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.				
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 CARLOS NEHEMIAS SALAMANDRA MARTINEZ DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)				



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

QUIBDO, 15 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
QUIBDO

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	1078003064	jhojan andres gamboa rosero	Hijo(a)
----	------------	-----------------------------	---------

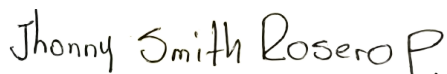
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,


JHONNY SMITH ROSERO PARRA
C.C. 1077421782



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

NUIP 1078003064

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

55498040

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código K 8 H

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

COLOMBIA - CHOCÓ - QUIBDO

Datos del inscrito

Primer Apellido Segundo Apellido

GAMBOA ROSERO

Nombre(s)

JHOJAN ANDRES

Año 2 0 0 9 Fecha de nacimiento Mes A G O Día 1 1 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo Factor RH

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

COLOMBIA - CHOCÓ - QUIBDO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

MANIFESTACIÓN ANTE UN JUEZ

Número certificado de nacido vivo

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROSETO PARRA JHONNY SMITH

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1,077,421,782

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GAMBOA VALENCIA EMILIO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 11,550,059

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GAMBOA VALENCIA EMILIO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 11,550,059

Firma

EMILIO GAMBOA U.

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 2 0 1 5 Mes A B R Día 0 9

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JORGE IVÁN RÍOS VALENCIA

Reconocimiento paterno

Firma

EMILIO GAMBOA U.

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

JORGE IVÁN RÍOS VALENCIA

ESPACIO PARA NOTAS

SE REEMPLAZA EL SERIAL 43605537 DEL 02/09/2009 MEDIANTE ACTA N. 071 DEL 09/04/2015

ICBF CENTRO ZONAL QUIBDO. - LIBRO DE VARIOS TOMO 0004 FOLIO 021.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



55498040

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1077421782
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JHONNY SMITH ROSERO PARRA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	CRA 4 34-- 09	TELÉFONO: 6714131
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4556192654	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN MES: junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/07/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9999329897

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 288.000
SUBTOTAL:			1	\$ 288.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 225.000
SUBTOTAL:			1	\$ 225.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 9.400
SUBTOTAL:			1	\$ 9.400

VALOR SIN MORA:	\$ 522.400
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 522.400