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 GUAVIARE

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE

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

Código Regional	**95**
Código Centro	**953310**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**23883-728658**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DEIVID ALEXANDER BOHORQUEZ JIMENEZ	**Banco a consignar:**	BANCO POPULAR
Cédula de Ciudadanía	1.120.559.075	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dabohorquez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	230054162896
IP/Nº de contacto:	85321	**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?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5851989/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**6924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE FORMACION REGULAR DE LA RED DE GESTIÒN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA Y ÁREA TEMATICA DE CONTABILIDAD. RDO CPE NO. 95-9-2024-000291.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2024**	**Al**	**10/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 1.488.515
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 32.747.330
Valor Bruto Pago:			**$ 1.488.515,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.488.515	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	**$ 1.488.515**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 721.363**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9470662781**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.800	$ 9.400
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		$ 148.852	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 24.787.566	$ 241.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.125.246		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	721.363,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Pro-Univesidad de la Amazonia	7.443,00	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	**$1.481.072,00**	

SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

•Alistamiento a la Formación Profesional Integral: Diseño de actividades de aprendizaje: talleres, guías y pruebas de conocimiento, evaluación de las evidencias de los programas de formación a cargo, lunes, y viernes de las 14:00 a las 16:00,

•Tgo en Ges. Contable y de Información Financiera No 2923533: miércoles y jueves de las 18:00 a las 23:00, tratamiento del IVA en las operaciones comerciales

•Tgo en Ges. Contable y de Información Financiera No 2995004: martes de las 13:00 a las 18:00, formalización empresarial

•Tgo en Ges. Del talento Humano ficha nueva sin asignar: viernes de las 13:00 a las 18:00, formulación básica de Excel

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



DEIVID ALEXANDER BOHORQUEZ JIMENEZ
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,

EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
COORDINADOR ACADÉMICO

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
GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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 1120559075		BOHORQUEZ JIMENEZ DEIVID ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 24 6 77	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5849067	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	1000000874	9470662781	I	2024/09/17	2024/08/02	BANCO DE BOGOTA	0	$551,500

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
1	CC	1120559075	BOHORQUEZ JIMENEZ DEIVID ALEXANDER	230301	30	$1,900,000	$304,000	EPS037	30	$1,900,000	$237,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,900,000	$10,000	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			**$1,900,000**	**$304,000**			**$1,900,000**	**$237,500**			**$0**	**$0**			**$1,900,000**	**$10,000**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$304,000	$0	$0	$304,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$304,000	$0	$0	$304,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,000	$0	$0	$10,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,000	$0	$0	$10,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$237,500	$0	$0	$237,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$237,500	$0	$0	$237,500
TOTAL				1	$551,500	$0	$0	$551,500

2024/08/06 02:49 PM

Certificado de Aportes

Se certifica que DEIVID ALEXANDER BOHORQUEZ JIMENEZ identificado(a) con CC 1120559075 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

BOHORQUEZ JIMENEZ DEIVID ALEXANDER CC 1120559075

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-08	2024-08	1000000874	9470662781	I	2024-08-02																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$1,900,000	$304,000
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	0.522%	$1,900,000	$10,000
EPS	NUEVA E.P.S.	30	12.5%	$1,900,000	$237,500

Este certificado se expide el día 2024-08-06 a las 02:51.

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 1120559075		BOHORQUEZ JIMENEZ DEIVID ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 24 6 77	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5849067	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1000000569	9472187585	I	2024/10/17	2024/09/02	BANCO DE BOGOTA	0	$551,500

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
1	CC	1120559075	BOHORQUEZ JIMENEZ DEIVID ALEXANDER	230301	30	$1,900,000	$304,000	EPS037	30	$1,900,000	$237,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,900,000	$10,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,900,000	$304,000			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000	$10,000		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$304,000	$0	$0	$304,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$304,000	$0	$0	$304,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,000	$0	$0	$10,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,000	$0	$0	$10,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$237,500	$0	$0	$237,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$237,500	$0	$0	$237,500
TOTAL				1	$551,500	$0	$0	$551,500

2024/09/02 01:34 PM

Certificado de Aportes

Se certifica que DEIVID ALEXANDER BOHORQUEZ JIMENEZ identificado(a) con CC 1120559075 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

BOHORQUEZ JIMENEZ DEIVID ALEXANDER CC 1120559075

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2024-09	2024-09	1000000569	9472187585	I	2024-09-02																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	16%	$1,900,000	$304,000
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	0.522%	$1,900,000	$10,000
EPS	NUEVA E.P.S.	30	12.5%	$1,900,000	$237,500

Este certificado se expide el día 2024-09-02 a las 10:20.

SENA	Versión: 05 Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:	**DEIVID ALEXANDER BOHORQUEZ JIMENEZ**					**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	SAN JOSE DEL GUAVIARE	**FECHA**	**10/09/2023**	**REGIONAL**	**GUAVIARE**	1.120.559.075
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			**CDATTG Carrera 19C # 16-48 barrio modelo**			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	**CO1.PCCNTR.5851989 DE 2024**					

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	X	**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC		**EDWIN ENRIQUE BUCHELY**	
ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA		**CARLOS ARTURO GALVIS OSORIO**	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación)		**EZEQUIEL TARAZONA MURILLO**	
ALMACÉN E INVENTARIOS		**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.**	
CONTABILIDAD		**CLAUDIA MARCELA GAVIRIA PABON**	
COORDINADOR DEL GRUPO APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO		**EDWIN ENRIQUE BUCHELY**	
COORDINACION ACADEMICA		**CRHISTIAN CAMILO ACEVEDO BAQUERO**	
BIBLIOTECA		**YANETH CAVANZO PARRA**	
SUPERVISOR DE CONTRATO		**EZEQUIEL TARAZONA MURILLO**	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

SENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01 Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB el Sr(a) identificado(a) con CC. 1120559075 tiene los siguientes bienes a cargo:

Listado de inventarios:

Regional	Centro	Modulo	Placa	Valor

CANTIDAD DE BIENES A CARGO: 0
VALOR TOTAL: $0,00

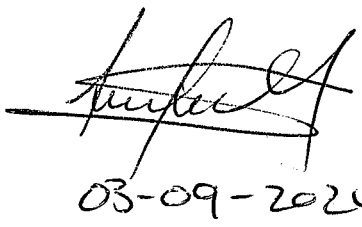
El cuentadante adicionalmente se encuentra asociado a los siguientes Nits múltiples:

- 95330000004
- 95330000034
- 95330000072

CANTIDAD DE BIENES COMO CUENTADANTE MÚLTIPLE: 0
VALOR TOTAL: $0,00

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

Fecha de emisión del reporte: 3 de Setiembre de 2024 a las 17:18:07



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SAN JOSE DEL GUAVIARE, 1 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
SAN JOSE DEL GUAVIARE

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	1120582527	EDISON SANTIAGO BOHORQUEZ JIMENEZ	Hijo(a)

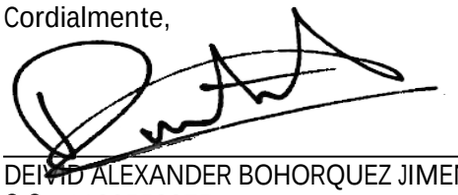
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

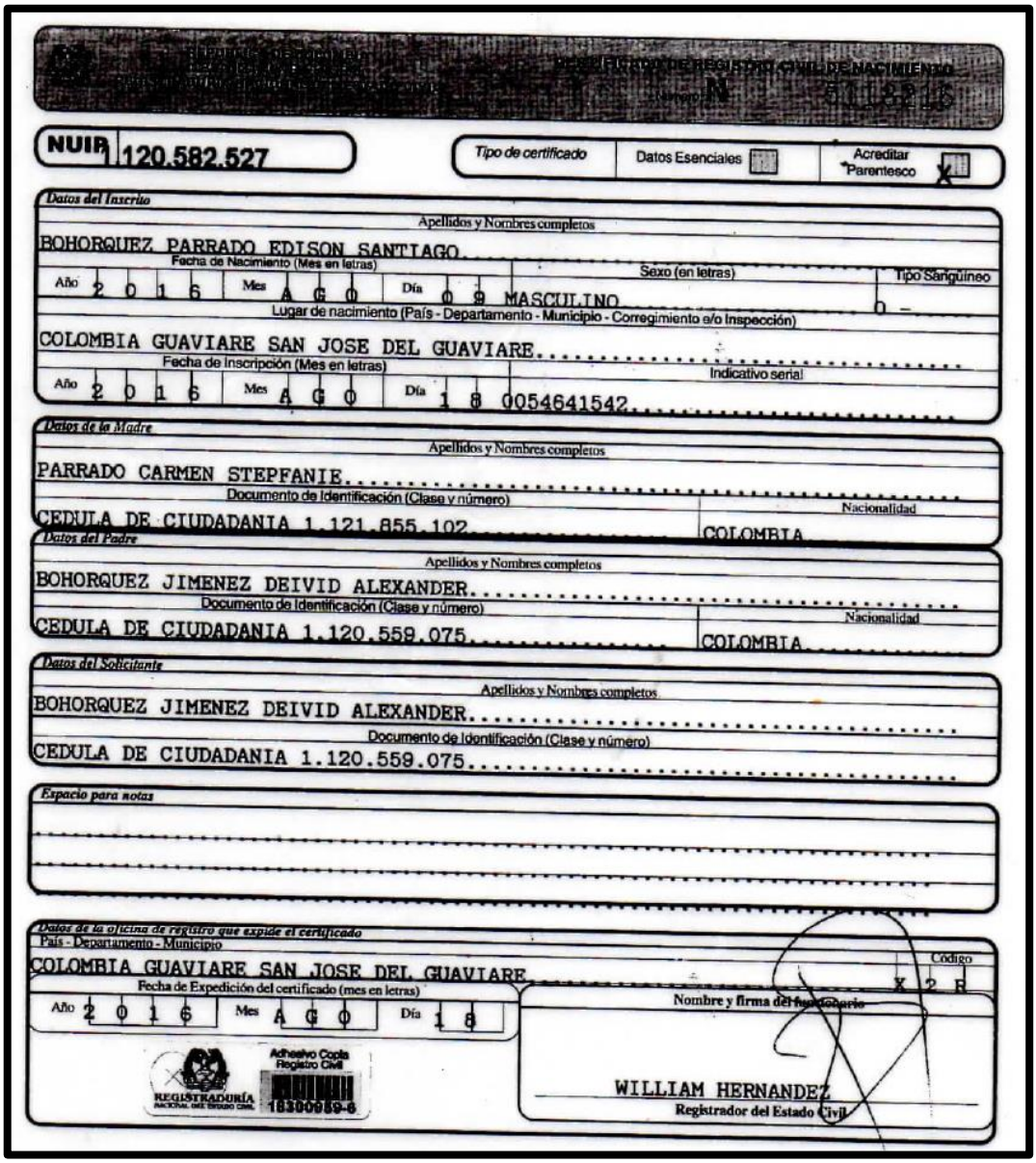
Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad 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,



DEIVID ALEXANDER BOHORQUEZ JIMENEZ
C.C. 1120559075



REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Indicativo serial N 51.8216

NUIP 1.120.582.527

Tipo de certificado | Datos Esenciales [ ] | Acreditar Parentesco [X]

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
BOHORQUEZ PARRADO EDISON SANTIAGO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras): Año 2016 Mes AGO Día 09
Sexo (en letras): MASCULINO
Tipo Sanguíneo: O –

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Fecha de inscripción (Mes en letras): Año 2016 Mes AGO Día 18
Indicativo serial: 0054641542

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
PARRADO CARMEN STEPFANIE

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.121.855.102
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
BOHORQUEZ JIMENEZ DEIVID ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1.120.559.075
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
BOHORQUEZ JIMENEZ DEIVID ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.120.559.075

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE
Código: X2R

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2016 Mes AGO Día 18

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Adhesivo Copia Registro Civil 18300989-6

Nombre y firma del funcionario
WILLIAM HERNANDEZ
Registrador del Estado Civil