

<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 VALLE CENTRO DE LA CONSRTUCIÓN-VALLE Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		76	
			Código Centro		922810	
			Fecha Elaboración		Setiembre de 2024	
			Versión		MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso		05301-809689	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		JIMMY PEREA GAMEZ		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		11.801.764		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		jpereag@sena.edu.co		Número de Cuenta:		25030125251
IP/N° de contacto:		23708		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						
N° del contrato:		5865887/2024		N° Compromiso SIIF		11624
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LA RED DE CONOCIMIENTO DE INFORMÁTICA, DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE EN EL ÁREA DE SOFTWARE EN LOS DIFERENTES PROGR				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/09/2024		Al		30/09/2024
Número de pago		8		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 15.480.556
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 46.739.371
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 11.015.011
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		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		\$ 4.465.545		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.625.490		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Setiembre		Agosto		Base retención en la fuente a titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		1065805980		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA
ARL		\$ 9.400		\$ 9.400		Reteica - 8299
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		\$ 446.555				
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		
Renta Exenta 25%		\$ 34.082.904		\$ 875.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 7.111.761				
Retención en la Fuente Contingente		\$				
						Pro-UCEVA
						Universidad del Pacífico
						Otras Retenciones
						Otras Retenciones
						Otras Retenciones
						Descuentos de embargo (Si tiene)
						VALOR A PAGAR
						\$4.443.217,00
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO: ACTIVIDADES REALIZADAS. INFORME ACADÉMICO - SEPTIEMBRE 2024						
PROGRAMA DE FORMACIÓN: TECNÓLOGO EN ANÁLISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE - No.FICHAS: 2977421 - 2977422 - 2721474 - 2721475						
INFORMACIÓN ACADÉMICA: REVISION DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN ADSO, PROYECTO DE FORMACIÓN, ALISTAMIENTO DE CURSOS EN PLATAFORMA, PLANEACIÓN PEDAGÓGICA, DILIGENCIAR FORMATO GUIA INTEGRADA, CONFIGURAR PLATAFORMA LMS, INGRESAR A REALIZAR ACTIVIDADES.						
NOTA: Adjunto planilla mes de Agosto 2024						
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						
				JIMMY PEREA GAMEZ 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 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.				Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
				ALFREDO DELGADO VIDAL PROFESIONAL G04		
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 BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)						



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-09-04, 04:24:56 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1065805980
Periodo Cotización 202408 Periodo Servicio 202408
Cliente:

PAGADA 2024-09-04

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JIMMY PEREA GAMEZ				
Documento	CC 11801764			Dirección	CALLE 43 No 1-28 B STA MARIA DEL PALMAR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3188161916
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	PALMIRA			Total Afiliados	1
Representante Legal				Departamento	VALLE DEL CAUCA
				Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 11801764		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					PEREA GAMEZ JIMMY	76520000 - 76		VALLE DEL CAUCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
															0				30	30	30	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 288.000	\$ 0	\$ 0	\$ 225.000	\$ 9.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



Comprobante

de pago en línea



SIMPLE OI

Pago realizado por: JIMMY PEREA GAMEZ

Nro. de recibo: 1065805980

Descripción del pago: Pago de Seguridad Social

Identificación del contribuyente: ´

Concepto: CC

Razón Social: 11801764

Fecha y hora de la transacción: Miércoles 4 de Septiembre de 2024 04:16:58 PM

Nro. de comprobante: 0000091961

Valor pagado: \$ 522,400.00

Producto: *****5251

BANCOLOMBIA S.A. Institución Bancaria

Superintendencia Financiera
de Colombia

VIGILADO

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

CALI, 2 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
CALI

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:

TI	1114549693	STEPHANNY PEREA MONTOYA	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,

JIMMY PEREA GAMEZ
C.C. 11801764

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1114349693

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 54890246
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 02	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código v 9	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía COLOMBIA - - - VALLE DEL CAUCA - - - PALMIRA							

Datos del inscrito							
Primer Apellido PEREA				Segundo Apellido MONTOYA			
Nombre(s) STEPHANNY							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	
Año 2014	Mes 05	Día 23	FEMENINO		O		Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección) COLOMBIA - - - VALLE DEL CAUCA - - - PALMIRA							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo 12415102-2
--	---

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos MONTOYA MUÑOZ PAOLA ANDREA	
Documento de identificación (Clase y número) c.c. 1.113.636.200 Palmira	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos PEREA GAMEZ JIMMY	
Documento de identificación (Clase y número) C.C. 11.801.764 Quibdo	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos PEREA GAMEZ JIMMY	
Documento de identificación (Clase y número) C.C. 11.801.764 Quibdo	Firma

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

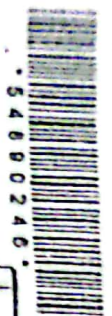
Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción Año 2014 Mes 05 Día 30	Nombre y firma del funcionario que autoriza
--	---

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

ESPACIO PARA NOTAS	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.114.549.693

PEREA MONTOYA

APELLIDOS

STEPHANNY

NOMBRES

Stephanny

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO
PALMIRA
(VALLE)

23-MAY-2014

LUGAR DE NACIMIENTO
23-MAY-2032

FECHA DE VENCIMIENTO
31-MAY-2021 PALMIRA

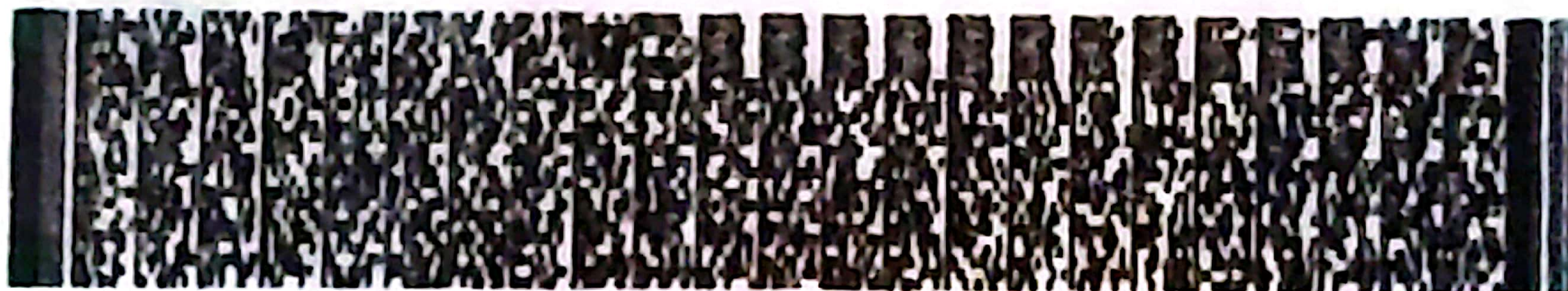
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ F

G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VELA RIVERA

INDICE DEFECTO



P-3107900-01240104-F-1114549693-20210622

0074694322A 1

6502113028