

<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 ANTIOQUIA CENTRO DE TECNOLOGIA DE LA MANUFACTURA AVANZADA-ANTIOQUIA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		5			
			Código Centro		920410			
			Fecha Elaboración		Setiembre de 2024			
			Versión		MARZO 2024 - 2,24			
			ID de Proceso		60866-329495			
DATOS DEL CONTRATISTA								
Nombres y apellidos:		EDGAR ANTONIO ESCOBAR CASTRILLON		Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL		
Cédula de Ciudadanía		71.634.035		Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico:		eescobar@sena.edu.co		Número de Cuenta:		24070956191		
IP/N° de contacto:		43402		Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI		
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		SI		
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						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:		5834418/2024		N° Compromiso SIIF		6624		
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: 5_9204_259 CONTRATACION INSTRUCTOR PRESTACION SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR Y ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL EN DONDE SE REQUIERA LA NECESIDAD DEL CTMA.						
DATOS PERIODO DEL PAGO								
Del		01/09/2024		Al		30/09/2024		
Número de pago		8		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 15.331.705		
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 46.590.520		
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 10.866.160		
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		\$ 2.599.290		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	2.599.290,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		72494971		Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	0,00	0%
ARL		III		\$ 43.600		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -					0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -					0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Jaime Isaza Cadavid	17.862,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 446.555				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 34.082.904		\$ 867.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 6.179.146					0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
						VALOR A PAGAR	\$4.447.683,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE								
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Se impartió formación en las fichas asignadas por la coordinación:2771193, 2928546 (T), 2848225; 2996916 y 2996921.								
Se generaron actividades de formación en plataformas establecidas por la institución fichas del anterior item.								
Se actualizó y desarrolló actividades de formación en plataforma institucional y DRIVE a las fichas asignadas.								
Se impartió formación presencial en Ambientes cadena Tic a las fechas asignadas según cronograma académico.								
Se desarrollaron actividades basadas en cronograma de proyecto formativo, código 76237.								
Seguimiento en plataformas institucionales, con planes de trabajo académicos y cronogramas de evaluaciones del trimestre III.								
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								
<div></div>								
EDGAR ANTONIO ESCOBAR CASTRILLON 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.								
<div></div>								
VICTOR RAFAEL ATENCIA URUETA INSTRUCTOR								
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 VASQUEZ MORALES								
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02								

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-09-04, 09:28:04 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2024
Empresa	EDGAR ANTONIO ESCOBAR CASTRILLON
CEDULA CIUDADANIA	CC 71634035
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	72494971
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	892235161
Banco	(1032) - BANCO CAJA SOCIAL
Valor	\$ 563.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 285.800	\$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	\$ 223.300	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 43.600	\$ 0
N890900841	CCF04	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANT	1	\$ 10.800	\$ 0

SubTotales: \$ 563.500 \$ 0
Total a Pagar: \$ 563.500





FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

MEDELLIN, 12 de septiembre del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
MEDELLIN

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.	43494276	Alba Janeth Ríos Caro	Cónyuge
------	----------	-----------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea 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,

EDGAR ANTONIO ESCOBAR CASTRILLON
C.C. 71634035

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO

43.494.276

RIOS CARO

APELLIDOS

ALBA JANETH

NOMBRES



Janeth Rios Caro

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

27-FEB-1966

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59

ESTATURA

O-

G.S. RH

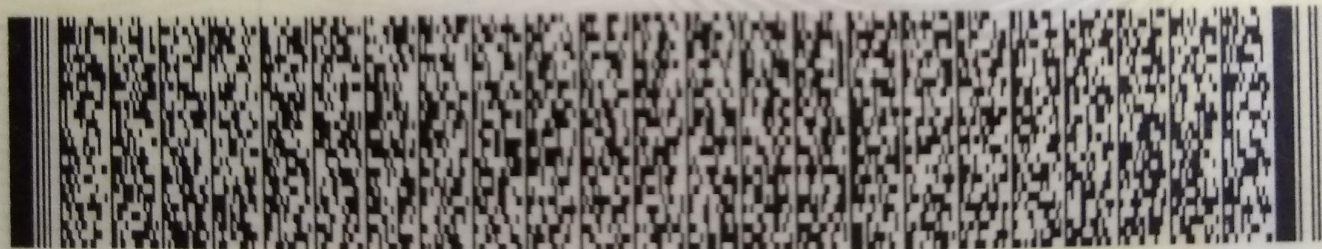
F

SEXO

10-JUL-1984 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-0100104-20162751-F-0043494276-20071212

00090 07346A 02 992063133