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 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** | **Noviembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **94624-343437** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | FREDY JAVIER VARGAS MORALES | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 9.097.421 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | fjvargasm@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 53652966833 |
| **IP/Nº de contacto:** | 44427 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **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** | 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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 6461901/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **90624** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 6 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | CONTRATACION INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE NOVENTA Y CINCO (95) INSTRUCTORES PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL TITULADA, PROGRAMADA POR EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DEL C |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/11/2024 Al 30/11/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 8.456.667 |
| **Número de pago** | **5** | **Valor Total del Contrato:** | $ 23.506.667 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.300.000,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 4.156.667 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.300.000 | 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** | **$ 4.300.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.527.800** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Noviembre | Octubre |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **81449692** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.720.000 | $ 1.720.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 215.000 | $ 215.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 275.200 | $ 275.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 9.000 | $ 9.000 |
| 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 | | $ 430.000 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 18.590.675 | $ 843.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 3.760.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.527.800,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.809.800,00 | |
| 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 - 8551 - QUIBDO | 7.620,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Pro Utch | 64.500,00 | 1,500% |
| 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** | **$4.227.880,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTISIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizacióny diligenciamiento de formatos de Planeación a del programa de formación Titulada
936113-Elaboracion de Productos alimenticios-Proceso de Seguimiento a Grupo de Procesos de Panaderia en la competencia :
Manipular alimentos con base en la normatividad vigente y Elaborar productos de panaderia con base a normatividad
Se procede a proseguir con la competencia Procesar sustancias de acuerdo con procedimiento técnico y buenas prácticas demanufactura
Resultado de Aprendizaje : preparar recursos para el procesamiento de alimentos de acuerdo con buenas prácticas de manufactura,
procedimientos tecnicos

**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

**FREDY JAVIER VARGAS MORALES**
**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,

Firmado digitalmente por CANDIDA ASPRILLA JARAMILLO
Fecha: 2024.11.13 16:44:13 -05'00'

**CANDIDA ASPRILLA JARAMILLO**
**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**
**JHON DERLYNG CARDONA DELGADO**
**DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO**

11/11/24 18:50:15 USUARIO: SIC - C.C. 9097421

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 9097421 | FREDY JAVIER VARGAS MORALES | BARRIO FLORES DE BUENAÑOS SECTOR ALTOS DE LA ROSA | 3206943362 | FREDYV30@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CHOCÓ | QUIBDÓ | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 05/11/2024 | 81449692 | $499.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 215.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 215.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 275.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 275.200 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 9.000 | | | | 9.000 | 0 | 0 | 9.000 | | | 90 | 9.000 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 215.000 | 215.000 |
| Pensión | 1 | 275.200 | 275.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.000 | 9.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 499.200 | 499.200 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 9097421 | FREDY JAVIER VARGAS MORALES | | BARRIO FLORES DE BUENAÑOS SECTOR ALTOS DE LA ROSA | 3206943362 | FREDYV30@HOTMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CHOCÓ | QUIBDÓ | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 05/11/2024 | 81449692 | $499.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 9097421 | VARGAS MORALES FREDY JAVIER | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.720.000 | 275.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.720.000 | 215.000 | 14-23 | 1.720.000 | 1 | 9.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Quibdó, 11 de noviembre de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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:

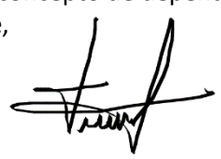
| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1025898717** | **Ángelo Javier Vargas Moreno** | **HIJO** |
| **NUIP - NIP** | **1025903166** | **Matias Stiven Vargas Moreno** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

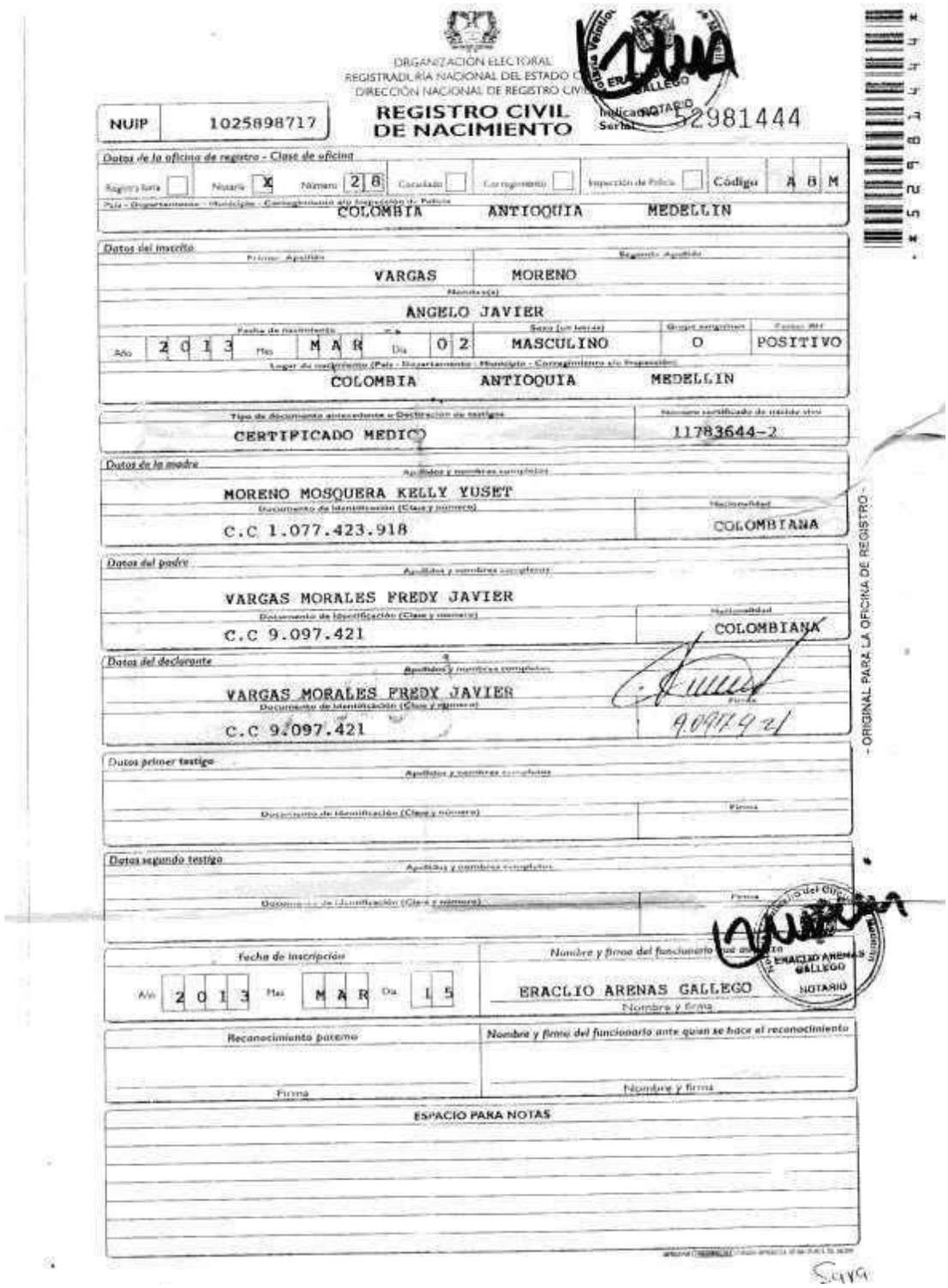
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,



_____
FIRMA
Nombre: __Fredy Javier Vargas Morales
C.C. _9.097.421 de Cartagena



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO C
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVI

NUIP 1025898717

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52981444

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registro Civil [ ] Notaría [X] Número 28 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A B M

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido: VARGAS | Segundo Apellido: MORENO

Nombre(s): ANGELO JAVIER

Fecha de nacimiento: Año 2013 Mes MAR Día 02 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)
COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIPICADO MEDICO | Número certificado de nacido vivo: 11783644-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MORENO MOSQUERA KELLY YUSET

Documento de identificación (Clase y número): C.C 1.077.423.918 | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: VARGAS MORALES FREDY JAVIER

Documento de identificación (Clase y número): C.C 9.097.421 | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: VARGAS MORALES FREDY JAVIER

Documento de identificación (Clase y número): C.C 9.097.421 | Firma: 9097421

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 2013 Mes MAR Día 15

Nombre y firma del funcionario que autorizó: ERACLIO ARENAS GALLEGO NOTARIO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial: 55933245

NUIP: 1025903166

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Código: A 8 M
COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLÍN

Datos del inscrito
Primer Apellido: VARGAS
Segundo Apellido: MORENO
Nombre(s): MATIAS STIVEN
Fecha de nacimiento: Año 2016 Mes ABR Día 03
Sexo (del inscrito): MASCULINO
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLÍN
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 13473524-1

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos: MORENO MOSQUERA KELLY YUSET
Documento de identificación (Clase y número): CC 1,077,423,918
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos: VARGAS MORALES FREDY JAVIER
Documento de identificación (Clase y número): CC 9,097,421
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos: MORENO MOSQUERA KELLY YUSET
Documento de identificación (Clase y número): CC 1,077,423,918
Firma: Kelly Yuset Moreno M
1077423918

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 2016 Mes ABR Día 14

Nombre y firma del funcionario
ERACLIO ARENAS GALLEGO
Nombre y firma

ERACLIO ARENAS GALLEGO NOTARIO