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	**11098-195319**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EDWIN CORDOBA RODRIGUEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	11.809.490	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ecordoba1717@yahoo.com	**Número de Cuenta:**	53644709813
IP/Nº de contacto:	57	**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**	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

Nº del contrato:	6685165/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**112224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACION INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE 18 INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL COMPLEMENTARIA VÍCTIMA, EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DE LA REGIONAL CHO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024 Al 30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 7.595.090
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 17.779.414
Valor Bruto Pago:	**$ 5.178.470,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 2.416.620

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.178.470	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	5,05%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 307.281
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 5.178.470		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 10.356.940**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 6.088.446**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 307.281**

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

		Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4572325710**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.071.388	$ 2.071.388
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 259.000	$ 259.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 331.500	$ 331.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 10.900	$ 10.900
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 331.500	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 259.000	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 10.900	
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		$ 1.035.694	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 2.030.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.977.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	6.088.446,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.587.970,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	307.281,00	5,05%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551 - QUIBDO	9.176,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	77.677,00	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	**$4.784.336,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

se realizó la planeacion pedagógica, plan de trabajo y guía de aprendizaje teniendo en cuenta la estructura y diseño curricular de los mismo. Registros de asistencias a todas y cada una de las actividades desarrolladas con los aprendices.
Para el mes de octubre, estoy trabajando los procesos formativos a través, de la modalidad complementaria el municipio de TUYO de manera presencial, se llevó a cabo la concertación con los diferentes grupos de aprendices, para impartir un buen proceso formativo; se tuvo en cuenta los conceptos inmersos en la estructura curricular para dar la formación como lo establ el centro. La actividad inicial consistió en hacer una reflexión, luego cada aprendiz e instructor realizara su presentación y las expectativas con relación a la formación, este proceso se realizará con todos los aprendices y a su vez cada uno nos dirá para el cual debe ser el tratamiento primario que se le debe dar a los residuos sólidos, por último, despejo las dudas que se se realiza la planeacion pedagógica para el cumplimiento de las actividades establecidas por el centro

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



EDWIN CORDOBA RODRIGUEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

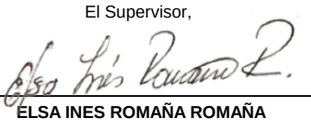
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



ELSA INES ROMAÑA ROMAÑA
INSTRUCTOR G15

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

12/11/24 15:07:53 USUARIO: SIC - C.C. 11809490

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11809490
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDWIN CORDOBA RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	B/LOS CASTILLOS	TELÉFONO:	6725596
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4572325710**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/10/03		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990210247	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 331.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 331.500	$ 0	$ 331.500
SUBTOTALES:										**$ 331.500**	**$ 0**	**$ 331.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS041	NUEVA EPS CM	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 259.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.000	$ 0	$ 0	$ 259.000
SUBTOTALES:													**$ 259.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 259.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.900	$ 10.900	$ 0	$ 0	$ 10.900
SUBTOTALES:									**$ 10.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 10.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD					ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 11809490	CORDOBA RODRIGUEZ EDWIN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.071.388				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.071.388	$ 331.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 331.500	NUEVA EPS CM	30	$ 2.071.388	$ 259.000	$ 0	$ 259.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.071.388	11809490	$ 10.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 601.400**

QUIBDO, 1 de noviembre 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	**1025906423**	**ARMANDO CÓRDOBA BEJARANO**	**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,



EDWIN CORDOBA RODRIGUEZ
C.C. 11809490

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1025906423

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59381018

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 28 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 8

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

Datos del inscrito

Primer Apellido: CORDOBA | Segundo Apellido: BEJARANO

Nombre(s): ARMANDO

Fecha de nacimiento: Año 2018 Mes JUN Día 26 | Sexo (en letra): MASCULINO | Grupo sanguíneo: A | Factor: POSIT

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido: 14875558-6

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido)
Apellidos y nombres completos
CORDOBA RODRIGUEZ EDWIN

Documento de Identificación (Clase y número): CC 11,809,490 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido)
Apellidos y nombres completos
BEJARANO PALACIOS LIZANETH

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1,077,432,233 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos
CORDOBA RODRIGUEZ EDWIN

Documento de Identificación (Clase y número): CC 11,809,490 | 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)

Fecha de Inscripción
Año 2018 Mes JUL Día 04

Nombre y firma del funcionario que
ERACLIO ARENAS GALLEGO
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hac
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Notaría Veintiocho del Círculo de Medellín
ERACLIO ARENAS GALLEGO
NOTARIO

THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A NIT 860.005.060-2 TEL