

<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 ATLÁNTICO CENTRO ATENCIÓN SECTOR AGROPECUARIO- ATLÁNTICO Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		8			
			Código Centro		910310			
			Fecha Elaboración		Noviembre de 2024			
			Versión		MARZO 2024 - 2,24			
			ID de Proceso		95934-094004			
DATOS DEL CONTRATISTA								
Nombres y apellidos:		NELSON IVÁN VERA BRICEÑO		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía		1.098.715.385		Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico:		nivera@sena.edu.co		Número de Cuenta:		72674956283		
IP/N° de contacto:		3166181636		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								
N° del contrato:		5979116/2024		N° Compromiso SIIF		30824		
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL Y COMO APOYO A LA GESTIÓN, CON EL ROL DE ANIMADOR Y PRODUCTOR MULTIMEDIA, PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE PREPRODUCCIÓN Y/O PRODUCCIÓN Y/O POSTPRODUCCIÓN						
DATOS PERIODO DEL PAGO								
Del		01/11/2024		Al		30/11/2024		
Número de pago		10		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 7.454.645		
Valor Bruto Pago:		\$ 4.565.000,00		Valor Total del Contrato:		\$ 45.650.000		
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 2.889.645		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Ingresos por honorarios		\$ 4.565.000		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		\$ 4.565.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.683.400		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR								
		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.683.400,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		81206001		Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.044.500,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.826.000		\$ 1.826.000		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 228.300		\$ 228.300		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 292.200		\$ 292.200		Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL		\$ 9.600		\$ 9.600		Reteica - 8299	0,00	1,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	1,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	1,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	1,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -					0,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 456.500				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 34.082.904		\$ 895.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 9.101.453				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				VALOR A PAGAR	\$4.565.000,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE								
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
OB1 Realización Video Ganadería intensiva de doble propósito								
OB2 Realización Video Generalidades de la ganadería sustentable								
OB3 Realización Video Guianza en recorridos por la naturaleza								
OB4 Realización Video La importancia de la nutrición durante la vida para evitar enfermedades								
OB5 Realización Video Principales componentes de los alimentos								
OB6 Realización Video Reproducción en bovinos de doble propósito								
OB7 Participé en procesos de revisión, retroalimentación y actualización en articulación								
OB8 Realizacé los ajustes requeridos a los productos desarrollados								
OB9 Realizacé informes de actividades y demás requeridos por el supervisor								
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>		
						NELSON IVÁN VERA BRICEÑO EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO								
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:						Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.						ROBERT ANDRES LLINAS LASTRA PROFESIONAL G10		
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 FELIPE ANDRES RANGEL PAVA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)								

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1098715385	NELSON IVAN VERA BRICEÑO		trans 25#1-92	6000000	nelson.vera.briceno@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	FLORIDABLANCA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-10	2024-10	I	25/10/2024	81206001	TOTAL A PAGAR \$530.100

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	228.300	0		0		0	0	0	0	228.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	292.200	0	0	0	0	0	0		292.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.600				9.600	0	0	9.600			96	9.600	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	228.300	228.300
Pensión	1	292.200	292.200
Riesgos Laborales	1	9.600	9.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	530.100	530.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1098715385	NELSON IVAN VERA BRICEÑO		trans 25#1-92	6000000	nelson.vera.briceno@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	FLORIDABLANCA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-10	2024-10	I	25/10/2024	81206001	10
					TOTAL A PAGAR
					\$530.100

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1098715385	VERA BRICEÑO NELSON IVAN	59	0		N																		230201	1.826.000	292.200	0	0	0	0	EPS010	1.826.000	228.300	14-11	1.826.000	1	9.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BARRANQUILLA, 20 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BARRANQUILLA

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.	1095811039	LADY ADRIANA ARIZA LUQUE	Conyuge
------	------------	--------------------------	---------

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.

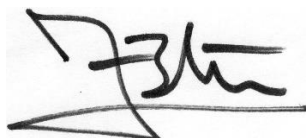
Cordialmente,

NELSON IVÁN VERA BRICEÑO
C.C. 1098715385

CERTIFIFACION DE DEPENDENCIA LABORAL

Jorge Bolívar, identificado como aparece al pie de mi firma y con Tarjeta Profesional No 76446-T, en mi condición de Contador del Señor Nelson Vera Identificado con Cedula No 1.098.715.385 certifico que la Señora Lady Adriana Ariza Luque identificada con CC No 1.095.811.039 Depende económicamente del Señor Nelson Vera en su totalidad, y no tiene otras fuentes de ingreso.

Se expide el 11 de Abril de 2024.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'JEB', with a horizontal line underneath.

Jorge E. Bolivar-Contador/Revisor Fiscal

C.C. No 94.374.375

TP 76446-T