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 SANTANDER

DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**68**
Código Centro	**101068**
Fecha Elaboración	**21 de Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**08728-117208**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JEFERSSON JEFFREY COLMENARES HERNANDE	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	1.098.706.483	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jhernandezvet@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	301245437
IP/Nº de contacto:		**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 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7472892/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**18625**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PARA ACOMPAÑAR A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SENA Y A LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES DE EMPRENDIMIENTO, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DE LA COORD. PL HASTA EL 31 DIC VR MES $4885000

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2025 Al 30/04/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 43.965.000
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 51.292.500
Valor Bruto Pago:	**$ 4.885.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 39.080.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.885.000	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	**$ 4.885.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.872.300**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9484365407**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.954.000	$ 1.954.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 244.300	$ 244.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 312.700	$ 312.700
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 10.200	$ 10.200
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		$ 488.500	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 957.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.975.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.872.300,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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 - 8299 - SAN GIL	0,00	0,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$4.885.000,00**	

SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participación inducción fortalecimiento empresarial dirigido desde la dirección nacional - abril 4 de 2025 y Participación en reunión
Jornada de Orientación VIRTUAL estudiantes JOVENES EN ACCION. Y PERSONAS MUNICPIO SAN GIL Y ALEDAÑOS CONV OCATORIA ECONOMIA POPULAR.
Jornada de entrenamiento convocatoria 122 y 123 . emprendedoresinteresados en participar en Convocatoria del Fondo Emprender , Centro
Formulación proyecto convocatorias regualres Fondo emprender -- SENA CAT-- abril 04 de 2025
Reporte de evidencias en SIGE de dos empresas en el programa de OFF, fase de creación de empresas . EMPRESA DISEÑADORA DE M
ACOMPAÑAMIENTO GANADERIA LOS CASTAÑOSPANELA EL MANZANO- CAFÉ LA ANTIGUA.
acompañamiento empresa fortalecimiento Evidencias cargadas en SIGE , de dos empresas en Fortalecimiento empresarial –abri
Reunión seguimiento a indicadores CA-- abril 2 de 2025

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

JEFERSSON JEFFREY COLMENARES HERNANDEZ
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,

Sonia Maria Sepulveda Plata
Firmado digitalmente por Sonia Maria Sepulveda Plata
Fecha: 2025.04.23 09:28:24 -05'00'

SONIA MARIA SEPULVEDA PLATA
TECNICO G03

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
ZEGRID FRANCISCO CADENA CASTANEDA
DIRECTOR REGIONAL A G08

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098706483		COLMENARES HERNANDEZ JEFERSSON JEFFREY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 2#12b-54	SAN GIL-SANTANDER	6968260	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1426795539	9484365407	I	2025/04/22	2025/04/22	NEQUI		$577,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1098706483	COLMENARES HERNANDEZ JEFERSSON JEFFREY																		230301	30	$1,954,000	$312,700	EPS010	30	$1,954,000	$244,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,954,000	$20,400	0	$0	$0	No	$577,400
Total	**Afiliados(1)**																					$1,954,000	$312,700			$1,954,000	$244,300			$0	$0			$1,954,000	$20,400		$0	$0		$577,400

2025/04/22 02:39 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098706483		COLMENARES HERNANDEZ JEFERSSON JEFFREY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 2#12b-54	SAN GIL-SANTANDER	6968260	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1426795539	9484365407	I	2025/04/22	2025/04/22	NEQUI		$577,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$312,700	$0	$312,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$312,700	$0	$312,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,400	$0	$20,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$20,400	$0	$20,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$244,300	$0	$244,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$244,300	$0	$244,300
TOTAL				1	$577,400	$0	$577,400

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 14 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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	1239089006	JUAN ESTEBAN COLMENARES CAMACHO	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,

JefferssonColmenaresHdez

JEFERSSON JEFFREY COLMENARES HERNANDEZ
C.C. 1098706483

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

25026306-2

NUIP R6A0250034

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 29494438

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 6 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA SANTANDER MOLAGAVITA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CAMACHO	MORENO
Nombre(s)	
SOLANDY	YERALDYN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2000 Mes FEB Día 07	Femenino	A	Positivo

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

CENTRO DE SALUD COLOMBIA SANTANDER MOLAGAVITA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Promotora de Salud	A-0417897

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MORENO MORENO Florelba

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. C. No. 28.259.437 Molagavita	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CAMACHO SARMIENTO Celson

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. C. No. 91.270.367 Bucaramanga	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MORENO MORENO FLORELBA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C. C. No. 28.259.437 Molagavita	Florelba Moreno Moreno

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2000 Mes FEB Día 21	CARLINA LANDAZABAL. Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-7

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

2949443