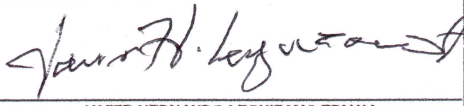
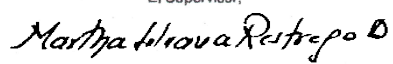
 FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	73
REGIONAL TOLIMA		Código Centro	101073
DESPACHO BIENESTAR FUNCIONARIOS		Fecha Elaboración	Marzo de 2025
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 2.25
		ID de Proceso	64100-430066
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos:	JAVIER HERNANDO LEGUIZAMO TRIANA	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	93.385.697	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	jleguizamot@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0550488433070874
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	SI
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2024	SI
¿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:	7375835/2025	Nº Compromiso SIIF	10325
		Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO ENTRENADOR DEPORTIVO Y RECREATIVO, EN LA DISCIPLINA DEPORTIVA DE ATLETISMO, EN LA REGIONAL TOLIMA, EN CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE BIENESTAR PARA LA VIGENCIA 2025		
DATOS PERIODO DEL PAGO			
Del	01/03/2025	Al	31/03/2025
Número de pago	2	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 13.318.274
Valor Bruto Pago:	\$ 1.832.790,00	Valor Total del Contrato:	\$ 14.662.320
		Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 11.485.484
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 1.832.790	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.832.790	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 1.064.490	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
	Marzo	Febrero	
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS		4587360954	Base retención en la fuente a título de RENTA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 1.043.900	Base retención en la fuente a título de ICA
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 130.500	Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 167.100	IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente
ARL	\$ 7.500	\$ 5.500	Menos Retención IVA
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Reteica - 8551 - IBAGUE
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	\$ -	\$ -	Bomberos
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	\$ -	Otras Retenciones
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ -	Otras Retenciones
Dependientes hasta	\$ -	\$ -	Otras Retenciones
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones
Renta Exenta 25%	\$ 29.505.907	\$ 355.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 260.000		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)
			VALOR A PAGAR
			\$1.826.962,00
SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS VEINTISEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Se empezo la preparación física, entrenamiento deportivo, y fortalecimiento funcional a los funcionarios de la Regional.			
Se empezaron prácticas orientadas para trabajar la parte física, muscular y cardio respiratoria de acuerdo a la capacidad de cada uno			
Dentro de cada sesión de trabajo se realizo la movilidad articular , calentamiento adecuado para la actividad a realizar , la parte ce			
Se realizaron las charlas cada vez que se iniciaban los entrenamientos			
Este mes no se acompañó ni dirigió a los funcionarios deportistas en los juegos nacionales o zonales o torneos interinstitucionales o deportivos internos, y apoyar en la organización y ejecución de torneos internos o festivales deportivos internos			
Se empezaron a realizar test de fuerza			
Se elaboró el mesociclo de entrenamiento			
Se realizó atención de inquietudes y/o consultas a clientes internos y/o externos con relación a las obligaciones y objeto contractual			
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:			
1. Cumplo 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			
		 JAVIER HERNANDO LEGUIZAMO TRIANA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO			
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;		 MARTHA LILIANA RESTREPO DIAZ PROFESIONAL G02	
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.			
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 MALLERLY VALDERRAMA CASTRO DIRECTORA REGIONAL (E)			

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	93385697	NÚMERO PLANILLA:	4596706995	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JAVIER HERNANDO LEGUIZAMO TRIANA	DEPARTAMENTO:	IBAGUE	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES febrero AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	URB VILLAMARCELA BLQ 6 APTO 401	TELÉFONO:	2671466	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992114029
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE PRIVADA ÚNICO	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/03/25	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2025/02/07
TIPO APORTANTE:	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y facilitadoras de la act			NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4587360954		
TIPO EMPRESA:							
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

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	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
SUBTOTALES:											\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
SUBTOTALES:											\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 14.900	\$ 14.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 14.900	\$ 0	
SUBTOTALES:											\$ 14.900	\$ 0	\$ 0	\$ 14.900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU						
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC
1	CC 93385697	LEGUIZAMO TRIANA JAVIER HERNANDO	INDEPENDIENTE		\$ 1.423.500				NO						A											25-14 COLPENSIONES	30	1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
2	CC 93385697	LEGUIZAMO TRIANA JAVIER HERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.423.500			NO						C												25-14 COLPENSIONES	30	1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	\$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.423.500	1	\$ 14.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	
3	CC 93385697	LEGUIZAMO TRIANA JAVIER HERNANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.423.500			NO						R												25-14 COLPENSIONES	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 0	EPS002-SALUD TOTAL	0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.423.500	1	\$ 14.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 14.900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	93385697
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JAVIER HERNANDO LEGUIZAMO TRIANA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE DEPARTAMENTO:	TOLIMA	
DIRECCIÓN:	URB VILLAMARCELA BLQ 6 APTO	TELÉFONO:	2671466
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4587360954	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9991653579

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
900336004	25-14	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 227.800
SUBTOTAL:				1	\$ 227.800

SALUD

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
800130907	EPS002	EPS002-SALUD	TOTAL	1	\$ 178.000
SUBTOTAL:				1	\$ 178.000

VALOR SIN MORA:	\$ 405.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 405.800