



CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA-CUNDINAMARCA - SERVICIOS PR

Código Regional	25
Código Centro	923210
Fecha Elaboración	Marzo de 2023
Versión	ENERO 2023 - 1,23
ID de Proceso	43224-107859

Nombres y apellidos contratista:		CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO		C.C.		52.542.737		IP/N° de contacto		3153190882	
Correo electrónico contratista:		cmbuitrago@sena.edu.co									
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		Es declarante de renta?		NO	
Es Pensionado?		NO									
Banco al cual consignar:		AV VILLAS		Inducción SST		SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?		SI	
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta		668827129	
				Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)						NO	

Nº del contrato:	4610520/2023	Nº Compromiso SIIF		20323			
Valor Total del Contrato	\$ 40.968.300	N ° Pago 2	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 4.096.830,00		
Saldo Anterior del Contrato	\$ 39.056.446		Del	01/03/2023		Al	31/03/2023
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 34.959.616		Legalización comisiones del periodo			\$ 0,00	

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LAS NECESIDADES DEL PROGRAMA TITULADA EN LAS ÁREAS ASOCIADAS A LA RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL DE S

Ingresos por honorarios	\$ 4.096.830		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 1.911.184		Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 6.008.014		Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.450.760		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Marzo	Febrero	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.450.760,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	-----	1052693674	Base retención en la fuente a título de ICA	3.629.730,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.638.732	\$ 1.160.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 204.900	\$ 145.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 262.200	\$ 185.600	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.600	\$ 6.100	Reteica - 8299	21.778,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	-		0,00	
Aportes voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	-		0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	-	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 185.500		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 145.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 6.100		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 600.801	Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 1.150.253			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$4.075.052,00	

FICHA 2560459	- COMPETENCIA RECONOCER RECURSOS	- 91 HORAS
FICHA 2503359	- COMPETENCIA CONTABILIZAR LAS OPERACIONES	71 HORAS

TOTAL: 161 HORAS

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 diligenciados.

CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO
EL CONTRATISTA

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 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.	CESAR CANTOR CUERVO INSTRUCTOR G15

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

FREDY VELEZ NINO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)



PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-03-13, 04:24:56 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1052693674
Período Cotización: febrero de 2023 Período Servicio: febrero de 2023 Referencia pago (PIN): 8856913890

PAGADO 11/03/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO		
Documento	CC52542737	Dirección	CR 10 #45 - 28
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3153190882
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total															
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IND	RENT A	RENT B	RENT C	RENT D	RENT E	RENT F	RENT G	RENT H	RENT I	RENT J	RENT K	RENT L	RENT M	RENT N	RENT O	RENT P	RENT Q	RENT R	RENT S	RENT T	RENT U	RENT V	RENT W	RENT X	RENT Y	RENT Z	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52542737	CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO	59	00																											(230201) PROTECCION	\$ 1.160.000	\$ 185.600	(EPS2017) FAMISANAR EPS	\$ 1.160.000	\$ 145.000	0,522	\$ 1.160.000	\$ 6.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 338.700	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.160.000	\$ 1.160.000	\$ 1.160.000	\$ 0	\$ 185.600	\$ 145.000	\$ 6.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 338.700	\$ 1.800	\$ 338.500

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 14 de marzo del 2023.

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:

R.C.	1023417686	Luciana Valentina Abaunza Buitrago	Registro civil.
------	------------	------------------------------------	-----------------

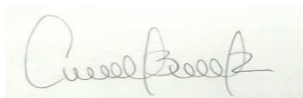
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Registro Civil.

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: Claudia Marcela Buitrago Riaño

C.C. 52542737



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60721866

NUIP

1023417586

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaria ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 7 H

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 56 BOGOTA DC * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido ABAUNZA * * * * * Segundo Apellido BUITRAGO * * * * *

Nombre(s)

LUCIANA VALENTINA * * * * *

Fecha de nacimiento

Año 2 0 1 9 Mes N O V Día 1 9 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * 15607806-6 * * * * *

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 del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BUITRAGO RIAÑO CLAUDIA MARCELA * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 52542737 * * * * * 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 del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ABAUNZA ARIZA RUBIEL * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 13955459 * * * * * COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ABAUNZA ARIZA RUBIEL * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

CC No. 13955459 * * * * *

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 2 0 1 9 Mes N O V Día 2 7

BERNI FRANCISCO ESCALONA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

BERNI FRANCISCO ESCALONA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: LIBRO DE VARIOS 223 DEL FOLIO 123; 27/11/2019

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA CINCUENTA Y SEIS
DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE
REPOSA EN ESTA NOTARIA. SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR
PARENTESCO CONFORME AL DECRETO 1260 DE 1970.

FECHA DE EXPEDICION 27 NOV. 2019

SERIAL No.

BERNI FRANCISCO ESCALONA CASTILLA
NOTARIO CINCUENTA Y SEIS

