

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 63552422		PARRA RINCON MARIA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 21 # 152-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6902000	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	139731995	9455213161	I	2023/10/06	2023/09/04	BANCO DE BOGOTA	0	\$457,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,574,760	\$252,000			\$1,574,760	\$196,900			\$0	\$0			\$1,574,760	\$8,300			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,574,760	\$252,000			\$1,574,760	\$196,900			\$0	\$0			\$1,574,760	\$8,300			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$1,574,760	\$252,000			\$1,574,760	\$196,900			\$0	\$0			\$1,574,760	\$8,300			\$0	\$0
1	CC	63552422	PARRA MARIA	25-14	30	\$1,574,760	\$252,000	EPS005	30	\$1,574,760	\$196,900		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,574,760	\$8,300	0		\$0	\$0
Total Afiliados(1)						\$1,574,760	\$252,000			\$1,574,760	\$196,900			\$0	\$0			\$1,574,760	\$8,300			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63552422		PARRA RINCON MARIA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 21 # 152-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6902000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-09	2023-09	139731995		9455213161	I	2023/10/06	2023/09/04	BANCO DE BOGOTA	\$457,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$252,000	\$0	\$0	\$252,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$252,000	\$0	\$0	\$252,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,300	\$0	\$0	\$8,300	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$8,300	\$0	\$0	\$8,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$196,900	\$0	\$0	\$196,900	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$196,900	\$0	\$0	\$196,900	
TOTAL				1	\$457,200	\$0	\$0	\$457,200	

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS		Código Regional	68
			Código Centro	930910
			Fecha Elaboración	19 Setiembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	84781-431790
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		MARIA CAROLINA PARRA RINCON	C.C.	63.552.422
Correo electrónico contratista:		mcparra@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3045747059
Régimen del IVA:		☒ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☒ NO
		Es declarante de renta?	☒ NO	Es Pensionado?
Banco al cual consignar:		BANCO DE BOGOTA	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	600214464	
		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)		
		☒ NO		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	4909459/2023	N° Compromiso SIIF	42223	
Valor Total del Contrato	\$ 27.820.760	N ° Pago	5	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 14.435.300	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 10.498.400	Del	01/09/2023	Al 30/09/2023
		Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET. PL 212 DIAS VR MES \$ 3.936.900-CESION CONTRATO		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.936.900	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.936.900	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.314.508	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Setiembre	Agosto		
	-----	9455213161		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.574.760	\$ 1.574.760	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.314.508,00 TARIFA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 196.900	\$ 196.900	Base retención en la fuente a título de ICA 3.488.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 252.000	\$ 252.000	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
ARL	\$ 8.300	\$ 8.300	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833	\$ -	Menos Retencion IVA 0,00 15%	
\$ 984.225	\$ -	\$ -	Reteica - 8523 25.114,00 0,720%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466	\$ -	\$ - 0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466	\$ -	\$ - 0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 4.241.200	\$ -	\$ - 0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 393.690	Sobretasa Bomberil 2.511,00 10,000%	
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 771.503	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR \$3.909.275,00	
SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Brindar apoyo a la ejecución de la formación de la competencia de Bilingüismo a la ficha 2695372 TL ASISTENCIA ADMINISTRATIVA. Brindar apoyo a la ejecución de la formación de Bilingüismo a la ficha 2711434 TL INTEGRACIÓN DE OPERACIONES LOGISTICAS. Brindar apoyo a la ejecución de la formación de la competencia de Bilingüismo a la ficha 2711447 TL SISTEMAS. Brindar apoyo a la ejecución de la formación de la competencia de Bilingüismo a la ficha 2711443 TL ASISTENCIA ADMINISTRATIVA.				
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 diligenciados.			MARIA CAROLINA PARRA RINCON EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,	
			DORIS JUDITH VARGAS VILLAMIL INSTRUCTOR G20	
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 JOSE MANUEL ARIZA ARIZA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bucaramanga, 19 de septiembre de 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 párrafo 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:

T.I.	1142716555	SAMUEL ESTEBAN CLAVIJO PARRA	HIJO
R.C	1097511423	JUAN SEBASTIÁN CLAVIJO PARRA	HIJO

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,

MARÍA CAROLINA PARRA RINCÓN
C.C. 63.552.422 DE BUCARAMANGA.

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO



REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	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	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya 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.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

P 1097511423

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60062414

en la oficina de registro - Clase de oficina

Lista ☐ Notaria ☐ Número ☒ 0.8 ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código Q 6

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

el inscrito

Primer Apellido CLAVIJO Segundo Apellido PARRA
Nombre(s) JUAN SEBASTIAN

Fecha de nacimiento 2 0 2 0 Mes A B R Día 0 1 Sexo (en letras) Masculino Grupo sanguíneo A Factor RH Positivo
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o la Inspección) COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

15906732-4

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

PARRA RINCON MARIA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.63.552.422

Nacionalidad

COLOMBIANA

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

CLAVIJO SANCHEZ ROBERTO CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13.872.871

Nacionalidad

COLOMBIANO

el declarante

Apellidos y nombres completos

CLAVIJO SANCHEZ ROBERTO CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13.872.871

Firma

Roberto Clavijo S.

primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Me: 2 0 2 0 Mes A B R Día 2 0

DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO

Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1142716555

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 4 1830656
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notar ☒ Número 02 ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D U H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Datos del inscrito

Primer Apellido Segundo Apellido
CLAVIJO ***** PARRA *****
Nombre(s)

SAMUEL ESTEBAN *****

Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo Sanguíneo Factor RH
Año 2 0 0 9 Mes A B R Día 0 6 Masculino B Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

51409686-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
PARRA RINCON MARIA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 63.552.422

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
CLAVIJO SANCHEZ ROBERTO CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13.872.871

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
CLAVIJO SANCHEZ ROBERTO CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13.872.871

Firma

Roberto Clavijo S.

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

Año 2 0 0 9 Mes A B R Día 4

Nombre y firma del funcionario que autoriza

SABINO ALFONSO CABELLERO

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -