

 <p>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CUNDINAMARCA</p> <p>SERVICIO NACIONAL CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA-CUNDINAMARCA - SERVICIOS PR</p>	Código Regional		25	
	Código Centro		923210	
	Fecha Elaboración		Setiembre de 2023	
	Versión		ENERO 2023 - 1,23	
		ID de Proceso		55144-617260

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO		C.C.
Correo electrónico contratista:		cmbuitrago@sena.edu.co		52.542.737
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO	Es declarante de renta?
			NO	Es Pensionado?
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	Nº Cuenta
				668827129
		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				
Nº del contrato:	4610520/2023	Nº Compromiso SIIF	20323	
Valor Total del Contrato	\$ 40.968.300	Nº Pago	8	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 14.475.466	Periodo objeto de pago	Del 01/09/2023 Al 30/09/2023	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 10.378.636	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		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		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 4.096.830	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	\$ 4.096.830	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.408.585	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
	Setiembre	Agosto		
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	1056597009		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.638.732	\$ 1.638.732	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.408.585,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 204.900	\$ 204.900	Base retención en la fuente a título de ICA	3.629.730,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 262.200	\$ 262.200	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
ARL	\$ 8.600	\$ 8.600	Menos Retención en la Fuente	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Menos Retención IVA	0,00
\$ 1.024.207	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	21.778,00
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	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 409.683	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 802.862		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$4.075.052,00

SON: CUATRO MILLONES SETENTA Y CINCO MIL CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
FICHA 2372332 - FOMENTAR CULTURA EMPRENDEDORA - 20 HORAS	
FICHA 2503359 - INTERVENIR EN EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS - 45 HORAS	
FICHA 2693623 - CONTABILIZAR LAS OPERACIONES - 40 HORAS	
FICHA 2672334 - RECONOCER RECURSOS FINANCIEROS - 36 HORAS	
TOTAL: 141 HORAS	

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.	
CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO 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;	
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.	
JAIRO ALBERTO RIVERA MURILLO INSTRUCTOR G09	

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
FREDY VELEZ NINO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-09-07, 01:37:22 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1056597009

Periodo Cotización: agosto de 2023

Periodo Servicio: agosto de 2023

Referencia pago (PIN): 8850688960

PAGADO 07/09/2023

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	ING	RET	TAR	TDS	TAP	VSP	CDR	VST	HOE	LMA	VAC	VCT	VCP	ING	Ret ARS	Ret EPS	Ret ARS	Ret EPS	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total					
CC 52542737	CLAUDIA MARCELA BUITRAGO RIAÑO	99	00														0	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 1.638.732	\$ 262.200	(EP9017) FAMISANAR EPS	\$ 1.638.732	\$ 204.900	0,522	\$ 1.638.732	\$ 8.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 475.700

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
\$ 1.638.732	\$ 1.638.732	\$ 1.638.732	\$ 0	\$ 262.200	\$ 204.900	\$ 8.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 475.700	\$ 0	\$ 475.700

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 09 de septiembre 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.
-------------	------------	------------------------------------	-----------------

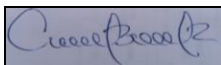
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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 CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * Número certificado 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) CC No. 52542737 * * * * * Nacionalidad 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) CC No. 13955459 * * * * * Nacionalidad COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ABAUNZA ARIZA RUBIEL * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número) CC No. 13955459 * * * * * Firma

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 1 9 Mes N O V Día 2 7 Nombre y firma del funcionario que autoriza BERNI FRANCISCO ESCALONA

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento BERNI FRANCISCO ESCALONA

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

