SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL CUNDINAMARCA**
**CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **25** |
| **Código Centro** | **951310** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2024** |
| **Versión** | **ENERO 2024 - 1,24** |
| **ID de Proceso** | **62315-433327** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | CLAUDIA JOHANNA LAGUNA LESMES | **C.C.** | 52.422.795 | **IP/Nº de contacto** | 3154427861 |
| **Correo electrónico contratista:** | cjlaguna@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:** BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 91200472948

**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:** 5833244/2024 **Nº Compromiso SIIF** 15124

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 45.026.666 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 40.333.333 | **3** | **Del** | **01/03/2024** | **Al** | **31/03/2024** | **$ 4.400.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 35.933.333 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD PRESENCIAL TITULADOS, COMPLEMENTARIOS Y/O SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA, EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD, ÁREA TEMÁTICA DE ENFERMERIA, PROGRAMADAS POR EL CENTRO DE DESARR

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.400.000 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.400.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.561.625** | | **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** | ---------- | **7918168014** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.760.000 | $ 1.760.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 220.000 | $ 220.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 281.600 | $ 281.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL III | $ 42.900 | $ 42.900 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.100.000 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.506.080 | $ 440.000 | |
| Salud hasta $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 3.098.445 | $ 853.875 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.561.625,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.898.400,00 | |
| 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 | 31.187,00 | 0,800% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.368.813,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TRECE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se impartió formación presencial en la ficha 2875222 Tecnico de enfermeria subsede CDA Cajica segun contrato 5833244.

**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 JOHANNA LAGUNA LESMES**
**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,

**GINA MILDRED SABOGAL MENDIETA**
**INSTRUCTOR G13**

**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**

**JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 52422795
# DESDE MARZO 2024 HASTA MARZO 2024

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52422795 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CLAUDIA JOHANNA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TABIO | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
| DIRECCIÓN: | VEREDA RIO FRIO SEC EL OCAL FINCA CEDRO | TELÉFONO: | 2222222 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de apoyo terapéutico. |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS DEL COTIZANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52422795 |
| APELLLIDOS: | LAGUNA LESMES | NOMBRES: | CLAUDIA JOHANNA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | TABIO | DEPARTAMENTO: | CUNDINAMARCA |
| TIPO COTIZANTE: | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | SUBTIPO COTIZANTE: | |
| COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR: | NO | EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN: | NO |
| TIPO DE SALARIO: | | | |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| PLANILLA No: | 7918168014 | TIPO DE PLANILLA: | I | PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS: | febrero - 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | febrero - 2024 | FECHA DE PAGO: | 06/03/2024 | FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE: | ÚNICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | CCF | | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| SALARIO BÁSICO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | 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 | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| $ 1.760.000 | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.760.000 | $ 281.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 281.600 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.760.000 | $ 220.000 | $ 0 | $ 220.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.760.000 | 52422795 | $ 42.900 | 30 | $ 1.760.000 | CCF22-COLSUBSIDIO | $ 10.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL PAGADO: | $ 555.100 |
|---|---|

Planilla Pagada

Entregado por: _____

Recibido por: _____

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 08 de marzo de 2024

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:

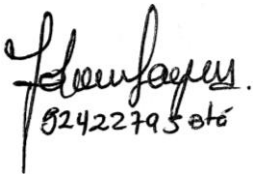
| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1141124701** | **Manuel Federico Garzón Laguna** | **HIJO** |

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,



_____

FIRMA
Nombre: Claudia Johanna Laguna Lesmes
C.C. 52422795 Bogotá.

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**NUIP** 1141124701

**Indicativo Serial** 51264206

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

| Registraduría | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | 67 | | | | DTY |

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| GARZON | LAGUNA |

Nombre(s): MANUEL FEDERICO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2011 Mes JUL Día 27 | MASCULINO | O | (+) |

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 DE NACIDO VIVO | 10886641-5 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos: LAGUNA LESMES CLAUDIA JOHANNA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA N° 52.422.795 BOGOTA D.C. | COLOMBIANA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos: GARZON AMAYA MANUEL EDUARDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA N° 2.968.837 CAJICA | COLOMBIANA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos: GARZON AMAYA MANUEL EDUARDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA N° 2.968.837 CAJICA | X Manuel Eduardo Garzón |

*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 2011 Mes AGO Día 04 | VICTORIA C. SAAVEDRA S. Notaria<br>Nombre y firma |

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

COMO NOTARIA SESENTA Y SIETE (67) DE ESTE CIRCULO HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA.

04 AGO 2011

BOGOTA D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
VICTORIA C. SAAVEDRA S.
Notaria
Notaría Sesenta y Siete (67) Bogotá D.C.

COPIA GRATUITA

Powered by CamScanner