SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**
**CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940610** |
| **Fecha Elaboración** | **31 de Marzo de 2024** |
| **Versión** | **ENERO 2024 - 1,24** |
| **ID de Proceso** | **69024-036782** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO
**Correo electrónico contratista:** vaparra@sena.edu.co
**C.C.** 53.053.618 **IP/Nº de contacto** 000

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

**Banco al cual consignar:** DAVIVIENDA **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** 0570456470004536

**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:** 5853272/2024 **Nº Compromiso SIIF** 18124

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 35.724.360 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 31.258.815 | **2** | **Del** | **01/03/2024** | **Al** | **31/03/2024** | **$ 4.465.545,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 26.793.270 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

Prestar servicios personales de carácter temporal como Instructor para orientar la formación de acuerdo con la guía para desarrollar los procesos formativos en formación Titulada y/o Complementaria presencial y/o virtual del Centro Nacional de Hotelería Turismo y alimentos, sedes, subsedes y/o ambientes dispuestos para la formación

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.545 | | 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** | **$ 4.465.545** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.618.393** | | **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** | ---------- | **1061708719** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.786.218 | $ 1.786.218 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 223.300 | $ 223.300 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 285.800 | $ 285.800 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 18.700 | $ 18.700 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 1.116.386 | $ - | |
| 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 | $ 446.555 | |
| Salud hasta $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 3.098.445 | $ 872.798 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

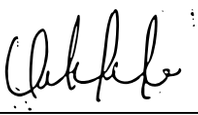
| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.618.393,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.956.445,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 38.219,00 | 0,966% |
| - | 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** | **$4.427.326,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

**Alistamiento de las fichas en Territorium 2936833. 2936850, 2936851, 2936855**
**Creacion de Anuncios en territorium segun establecido en cronograma**
**Contestacion foros social, tematico y dudas e inquietudes**
**Sesiones sincronicas de inicio de curso y unidades con respectiva grabacion**
**Realizacion y cumplimiento de cronograma de fichas**
**Preparacion de temas para asesorias del curso**

**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.



**VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO**
**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,

**DIEGO LEON GONZALEZ PAEZ**
**INSTRUCTOR**

**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**

**SONIA YAMILE ACUNA LESMES**

**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2024-03-05, 07:28:29 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1061708719

**Periodo Cotización** 202402 **Periodo Servicio** 202402

**Cliente:**

## PAGADA 2024-03-05

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO | | | | |
| **Documento** | CC 53053618 | **Dirección** | AV. CARRERA 49B #171 A - 20 CASA 12 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 7290405 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 53053618 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | PARRA PALOMINO VIVIANA ANDREA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.786.218 | 230301 | | 16 % | $ 1.786.218 | $ 285.800 | $ 0 | $ 0 | EPS010 | | 12,5 % | $ 1.786.218 | $ 223.300 | $ 0 | 14-23 | 2 | 1,044 % | $ 1.786.218 | $ 18.700 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SURA | POSITIVA DE SEGUROS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 285.800 | $ 0 | $ 0 | $ 223.300 | $ 18.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 527.800 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

### Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2024-03-05, 07:20:57 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | febrero de 2024 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | febrero de 2024 |
| **Empresa** | VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 53053618 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1061708719 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 494425963 |
| **Banco** | (1811) - RAPPIPAY |
| **Valor** | $ 527.800 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.simple.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 285.800 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 1 | $ 223.300 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG | 1 | $ 18.700 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 527.800 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 527.800 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

RappiCuenta




# Pago exitoso con PSE

Tu pago se realizó con éxito. A continuación te mostramos el detalle de la transacción.

## Estos son los datos de la compra:

**Monto total**

**$527.800**

Estado de la transacción: **Exitosa**

Código único CUS: **494425963**

Nombre de la empresa: **SIMPLE OI**

Descripción del pago: **Pago de Seguridad Social**

Referencias adicionales: **10.0.19.58, CC, 53053618**

Número de factura de la empresa: **1061708719**

Fecha de la solicitud: **05 Mar. 2024, 7:21:59 am**

Impuesto GMF (4x1000): **$2.111,20***

*Impuesto del Gobierno que aplica por el uso de la cuenta.

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 31 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.** | **1033115422** | **ANGIE GABRIELA VILLOTA 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,



FIRMA

Nombre: VIVIANA ANDREA PARRA PALOMINO

C.C.53053618

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1033115422

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53276487

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

Registraduría ☐ Notaría X Número 60 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1068

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D? C.

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| VILLOTA ------- | PARRA ------ |

Nombre(s)

ANGIE GABRIELA ------

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2014 Mes MAY Día 01 | FEMENINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ---------- | 12785110-8 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

PARRA PALOMINO VIVIANA ANDREA -----

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No 53053618 DE BOGOTA D.C. | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

VILLOTA VILLARREAL HAROLD FERNANDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No 80.038.369 DE BOGOTA D.C. | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

VILLOTA VILLARREAL HAROLD FERNANDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C.No 80.038.369 DE BOGOTA D.C. | |

**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 2014 Mes MAY Día 15 | MARIA INES CASTRO DE ARIZA<br>Nombre y firma |

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Este registro es fotocopia auténtica del original que reposa en los archivos del Registro Civil y tiene valor probatorio permanente.

Esta copia se expide a solicitud de: Donato Villota identificado(a) con la Cédula de