SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
DESPACHO REGIONAL-APORTES

Código Regional	**68**
Código Centro	**101068**
Fecha Elaboración	**13 de Marzo de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**05900-389288**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CLAUDIA ANDREA GALLEGO PARRA	**C.C.**	29.360.455	**IP/Nº de contacto**	76001
Correo electrónico contratista:	cagallego@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI
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:	SI	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	82597766200
		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:	5944270/2024			**Nº Compromiso SIIF**		**21824**	
Valor Total del Contrato	$ 56.363.601	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 53.679.620	**2**	**Del**	**01/03/2024**	**Al**	**31/03/2024**	**$ 5.367.962,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 48.311.658		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES EN LA REGIONAL SANTANDER COORDINACION DE RELACIONES CORPORATIVAS E INTERNACIONALES EN EL ROL DE FISCALIZADOR SOLICITANDO EL CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE DICHAS OBLIGACIONES PL 10M Y 15D VR MES $5.367.962

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.367.962		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	**$ 5.367.962**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.155.900**		**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	----------	**9464193841**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 2.147.185	$ 650.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 268.400	$ 81.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 343.600	$ 104.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 11.300	$ 3.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 1.341.990	$ -	
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	$ 536.796	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 1.051.967	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.155.900,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.367.962,00	
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	32.208,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	3.221,00	10,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$5.332.533,00**	

SON: CINCO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Según formato de la página compromiso se revisó como elaborar el cronograma de actividades
Se generaron liquidaciones de contribución FIC.
Se generan estados de cuenta
Se estudió los procedimientos de la norma de cartera y caprendizaje.
Fiscalización de contrato de aprendizaje TOTAL QUALITY CONTROL LAB ANALYSIS SA
Se recibe clave Sirec

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 ANDREA GALLEGO PARRA
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,

JAVIER TOLOSA HERNANDEZ
PROFESIONAL G02

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

JOSÉ WILSON CARRERO MALDONADO

DIRECTOR REGIONAL A G08

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 29360455		GALLEGO PARRA CLAUDIA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 35 25 37 ap 1602 torre A	BUCARAMANGA-SANTANDER	6966604	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	506022079	9464193841	I	2024/03/13	2024/03/11	BANCOLOMBIA	0	$623,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	29360455	GALLEGO CLAUDIA	230301	30	$2,148,000	$343,700	EPS010	30	$2,148,000	$268,500		0	$0	$0	14-23	30	$2,148,000	$11,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$2,148,000**	**$343,700**			**$2,148,000**	**$268,500**			**$0**	**$0**			**$2,148,000**	**$11,300**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$343,700	$0	$0	$343,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$343,700	$0	$0	$343,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,300	$0	$0	$11,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,300	$0	$0	$11,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$268,500	$0	$0	$268,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$268,500	$0	$0	$268,500
TOTAL				1	$623,500	$0	$0	$623,500

2024/03/10 07:10 PM

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bucaramanga, 13 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.	**1109922242**	**IVETH MARIANA GALVIS GALLEGO**	**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 ANDREA GALLEGO PARRA_
C.C. _29.360.455 de Cali_

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1109922242

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41265431

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	05	☐	☐	☐	6305

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA, VALLE DEL CAUCA, SANTIAGO DE CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GALVIS	GALLEGO

Nombre(s): IVETH MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes 001 Día 05	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA, VALLE DEL CAUCA, SANTIAGO DE CALI

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51252372-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GALLEGO PARRA CLAUDIA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c. 29.360.455 DE CALI (VALLE)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GALVIS GOMEZ JONNY AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c. 91.110.735 SOCORRO (SANTANDER)	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GALVIS GOMEZ JONNY AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
c.c. 91.110.735 DE SOCORRO (SANTANDER)	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X X X	X

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X X X	X X X

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2009 Mes 001 Día 09	LUZ ALBA ESCOVAR GIRALDO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Escaneado con CamScanner