SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**26520-452766**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUCY MARGOTH PALACIOS AGUDELO	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	26.323.491	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lmpalacios@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	578513269
IP/Nº de contacto:	44506	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Servicios en general a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5875575/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**10724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS-PRESTAR TEMPORALMENTE LOS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN , EN LA EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES DEL SENA, Y CONSTRUCCIÓN Y REVISIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, EN LAS ÁREAS CLAVES DE GESTIÓN A

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024 Al 31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 31.378.359
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 32.711.031
Valor Bruto Pago:	**$ 3.634.559,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 27.743.800

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.634.559	Servicios en general a persona NO declarante de ren	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 1.332.672		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.967.231**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.753.108**	**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		----------	**8374788911**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.453.824	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 181.800	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 232.700	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.600	$ 6.800
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 208.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 162.500	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 6.800	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 496.723	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 27.886.012	$ 918.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 206.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.753.108,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.220.059,00	
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 - 8551 - QUIBDO	6.440,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	54.518,00	1,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.573.601,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Continuo con las actividades que quedaron en compromiso del mes de febrero, atiendo personal intersado en la evaluación de sus competencias, realizando sensibilización e inducción tanto virtual como presencial. Solicito instrumentos del grupo generado, reviso bateria de instrumentos conocimiento, desempeño y producto, diseño forms para pasar conocimiento a los candidatos que realizaran la prueba virtual, igualmente cito a candidatos para presentar prueba presencial, alterno a esto reviso documentos del nuevo grupo, registro en aplico sensibilizacipn e inducción, documentación se entrega para formalizar el mismo. Participo en transferencia dirigida por la dirección general sobre las directrices para aplicar encuesta de satisfacción, asesoro aspirantes que llegan a la oficina de ECCL; Interesados en la certificación. Igualmente se brinda atención a aspirantes del municipio de Acandi del area de turismo con los cuales a traves del lider via whatsaap nos comunicamos, recepciono documentación de ellos, como tambien de un grupo del municipio de Istmina del área de gestión administrativa. Realizo los informes correspondientes al mes de marzo con sus anexos pertinentes.

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

LUCY MARGOTH PALACIOS AGUDELO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

MARIA ANGELICA VEGA MARCELIN
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

CARLOS NEHEMIAS SALAMANDRA MARTINEZ

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

QUIBDO, 19 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
QUIBDO

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:

C.C.	**1077996902**	**MARIAJOSE RENTERIA PALACIOS**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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.

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,



LUCY MARGOTH PALACIOS AGUDELO
C.C. 26323491

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1077996902

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35561412

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 3301

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

COLOMBIA CHOCO QUIBDO XXXXXX XXXXXXXXXX

Datos del inscrito

Primer Apellido: RENTERIA XXXXXXX

Segundo Apellido: PALACIOS XXXXXXX

Nombre(s): MARIAJOSE XXXX

Fecha de nacimiento: Año 2004 Mes 08 Día 04

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo Sanguíneo: A

Factor RH: +

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

COLOMBIA CHOCO QUIBDO ESE RAFAEL URIBE URIBE XXXXXX

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: A46998859

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PALACIOS AGUDELO LUCY MARGOTH XXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número): cc 26323491 QUIBDO

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RENTERIA LOZANO JOSE XXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número): cc 11800171 QUIBDO

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RENTERIA LOZANO JOSE XXXXXX

Documento de identificación (Clase y número): cc 11800171 QUIBDO DIR. CALLE 18#5-27

Firma: José Renteria Lozano

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número): XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número): XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Firma:

Fecha de inscripción

Año 2004 Mes 08 Día 11

Nombre y firma del funcionario que autoriza: TITO E. SALAZAR LOZANO

Nombre y Firma

Reconocimiento paterno

José Renteria Lozano

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

TITO E. SALAZAR LOZANO

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

Se registra hijo natural inscrito a folio 61 del libro vario tomo 2 del 2004

TITO E. SALAZAR LOZANO

REGISTRADOR PRINCIPAL DE QUIBDO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

© FASA S.A. NIT. 830.021.191-8

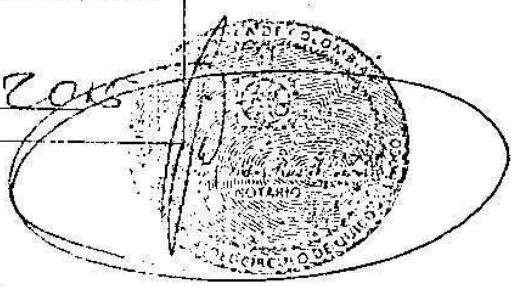
NOTARÍA PRIMERA DEL CÍRCULO DE QUIBDÓ – CHOCÓ

El suscrito Notario certifica que este Registro Civil es fiel copia tomada del original que reposa en esta oficina.

Expedido a solicitud de: José Fenteria Locano
Identificado(a) con: T.I. 800171
Para efectos de: Ingreso Familiar

Se destina para demostrar parentesco y solo es válido para el fin señalado
(Decreto 278 de 1.972 Art. 1º)

Quibdó: 26 02 2015



Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LUCY MARGOTH PALACIOS AGUDELO
No. Identificación: CC26323491
Dirección: CL N 5 -27
Telefono: 3103945396
Correo: YEFIC@HOTMAIL.COM
Ciudad: QUIBDÓ
Número de Planilla: 8374788911

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUCY MARGOTH PALACIOS AGUDELO
Tipo y número de identificación	CC26323491
Número de planilla	8374788911
Fecha pago	2024-02-15
Número de autorización pago	1000000090
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2024
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	377300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	6800	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	208000	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	162500	1

8374788911

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 26323491
APELLIDOS Y NOMBRES: LUCY MARGOTH PALACIOS AGUDELO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS037	25-14	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	26323491	LUCY MARGOTH PALACIOS AGUDELO	CL N 5 -27	3103945396	YEFIC@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CHOCÓ	QUIBDÓ		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
8374788911	15/02/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	N	13/03/2024	8375519937	$44.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	19.300	0		0		0	0	0	0	19.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	24.700	0	0	0	0	0	0		24.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	800				800	0	0	800			8	800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	19.300	19.300
Pensión	1	24.700	24.700
Riesgos Laborales	1	800	800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	44.800	44.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	26323491	LUCY MARGOTH PALACIOS AGUDELO		CL N 5 -27	3103945396	YEFIC@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CHOCÓ	QUIBDÓ		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
8374788911	15/02/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	N	13/03/2024	8375519937	$44.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	26323491	PALACIOS AGUDELO LUCY MARGOTH	59	0			N																	25-14	1.454.000	232.700	0	0	0	0	EPS037	1.454.000	181.800	14-23	1.454.000	1	7.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información