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 CUNDINAMARCA

CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	**25**
Código Centro	**923210**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**06653-384847**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JULIA VIVIANA GARAVITO CRISTANCHO	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	37.724.921	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jgaravito@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24079420668
IP/Nº de contacto:	18073	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5834728/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**9624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA COMO INSTRUCTOR CON EL PROPÓSITO DE ATENDER LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN DEL PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA EDUCACION MEDIA EN LAS ÁREAS ASOCIADAS A LA RED DE CONOCIMIENTO ASISTENCI

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024 Al 31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 40.189.905
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 44.655.450
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.724.360

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	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	**$ 2.625.490**	**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		----------	**9464183049**
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 I		$ 9.400	$ 9.400
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
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		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 875.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 875.123		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	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 - SOACHA	23.739,00	0,600%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$4.441.806,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participar en las reuniones agendadas por la Coordinación de Articulación con la media, para la planeación de la formación 2024.

Actualización guías de aprendizaje

Reporte novedades de los ambientes de formación

Presentar la cuenta de cobro según los requisitos de la coordinación.

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

JULIA VIVIANA GARAVITO CRISTANCHO
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,

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
ARGEMIRO CELIS CASTRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

15/03/24 21:19:12 USUARIO: SIC - C.C. 37724921

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 37724921		GARAVITO CRISTANCHO JULIA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 5 B SUR N 22-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

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	503990968	9464183049	I	2024/03/06	2024/03/11	BANCO CAJA SOCIAL	5	$520,600

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,785,000	$285,600			$1,785,000	$223,200			$0	$0			$1,785,000	$9,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,785,000	$285,600			$1,785,000	$223,200			$0	$0			$1,785,000	$9,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,785,000	$285,600			$1,785,000	$223,200			$0	$0			$1,785,000	$9,400		$0	$0
1	CC	37724921	GARAVITO JULIA	230201	30	$1,785,000	$285,600	EPS005	30	$1,785,000	$223,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,785,000	$9,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,785,000	$285,600			$1,785,000	$223,200			$0	$0			$1,785,000	$9,400		$0	$0

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 37724921		GARAVITO CRISTANCHO JULIA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 5 B SUR N 22-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

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	503990968	9464183049	I	2024/03/06	2024/03/11	BANCO CAJA SOCIAL	5	$520,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,600	$1,300	$0	$286,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$285,600	$1,300	$0	$286,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$100	$0	$9,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$100	$0	$9,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,200	$1,000	$0	$224,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$223,200	$1,000	$0	$224,200
TOTAL				**1**	**$518,200**	**$2,400**	**$0**	**$520,600**

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 37724921		GARAVITO CRISTANCHO JULIA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 5 B SUR N 22-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

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	522209297	9464408205	N	2024/03/06	2024/03/19	BANCO CAJA SOCIAL	13	$1,600

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,000	$800			$5,000	$600			$0	$0			$5,000	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,000	$800			$5,000	$600			$0	$0			$5,000	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,000	$800			$5,000	$600			$0	$0			$5,000	$0		$0	$0
1	CC	37724921	GARAVITO JULIA	230201	30	($1,785,000)	($285,600)	EPS005	30	($1,785,000)	($223,200)		0	$0	$0	14-23	30	($1,785,000)	($9,400)	0	$0	$0
2	CC	37724921	GARAVITO JULIA	230201	30	$1,790,000	$286,400	EPS005	30	$1,790,000	$223,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,790,000	$9,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$5,000	$800			$5,000	$600			$0	$0			$5,000	$0		$0	$0

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 37724921		GARAVITO CRISTANCHO JULIA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 5 B SUR N 22-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

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	522209297	9464408205	N	2024/03/06	2024/03/19	BANCO CAJA SOCIAL	13	$1,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$800	$100	$0	$900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$800	$100	$0	$900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$600	$100	$0	$700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$600	$100	$0	$700
TOTAL				1	$1,400	$200	$0	$1,600

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SOACHA, 1 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
SOACHA

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:

TI	1025065552	BIANCA URIBE GARAVITO	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

_____
JULIA VIVIANA GARAVITO CRISTANCHO
C.C. 37724921

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025065552

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43932179

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 19 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1906

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido: URIBE

Segundo Apellido: GARAVITO

Nombre(s): BIANCA

Fecha de nacimiento: Año 2010 Mes ENE Día 27

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: "AB"

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/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: 10239888-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GARAVITO CRISTANCHO JULIA VIVIANA

Documento de identificación (Clase y número): Cédula de ciudadanía 37,724,921

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: URIBE LEAL GERMAN AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número): Cédula de ciudadanía 79,895,524

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: URIBE LEAL GERMAN AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número): Cédula de ciudadanía 79,895,524

Firma: GERMAN

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 2010 Mes ENE Día 28

Nombre y firma del funcionario que autoriza: GUILLERMO AUGUSTO ARCINIEGAS MANCIPE
NOTARIO 9 - BOGOTA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

GERMAN

Firma

Nombre y firma del funcionario que autoriza: GUILLERMO AUGUSTO ARCINIEGAS MANCIPE
NOTARIO 9 - BOGOTA

Nombre y firma

RECONOCIMIENTO INSCRITO L.V. 28 F.02 HOY: 9 DIA: 2 SE TOMA HUELLA INDICE DERECHO DEL PADRE DIR. CLL 6 B No. 16-22 Tel. 5470220 1. COPIA EXENTA DE PAGO
ENMENDADO BIANCA. SI VALE.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

República de Colombia
NOTARIA 9
BOGOTA D.C.
GUILLERMO AUGUSTO ARCINIEGAS MANCIPE

Notaría 9
Registro Civil

FECHA D 05 M 01 A 2015

Nº 76029

Concepto		
469.	Nacimiento	
	Matrimonio	
	Defunción	
Cantidad	43132179	1
Observaciones:		

DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.
O ES FIEL COPIA TOMADA DE SU
ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE A PETICION DEL INTERESADO PARA **ACREDITAR PARENTESCO**

(Articulo 115 Decreto 1260/70)
BOGOTA
ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE 05 ENE 2015

República de Colombia
NOTARIA 9 - BOGOTA
CLAUDIA LUCIA ROJAS BERNAL
Notaria Encargada

CLAUDIA LUCIA ROJAS BERNAL
NOTARIA NOVENA ENCARGADA

ESPACIO EN BLANCO