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	**58645-570483**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NADIA VIVIANA MORENO VARON	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	65.630.940	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	nvmoreno@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24066599861
IP/Nº de contacto:	3103287136	**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**	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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5852406/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**21124**	**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 LOS REQUERIMIENTOS DE FORMACIÓN EN LAS ÁREAS ASOCIADAS A LA RED DE CONOCIMIENTO FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL SIN IDIOMAS DEL CENTRO I

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	**$ 2.960.045**	**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		----------	**9462874858**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.960.045,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I		$ 9.400	$ 9.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - SOACHA	23.739,00	0,600%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		-	0,00	0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 987.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 986.761					
Retención en la Fuente Contingente		$		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

2915846 ANALÍTICA DE DATOS PARA PROCESOS LOGÍSTICOS
2915847 ANALÍTICA DE DATOS PARA PROCESOS LOGÍSTICOS
2915849 ANALÍTICA DE DATOS PARA PROCESOS LOGÍSTICOS
2915850 ANALÍTICA DE DATOS PARA PROCESOS LOGÍSTICOS
2927419 ANALÍTICA DE DATOS PARA PROCESOS LOGÍSTICOS
2927420 ANALÍTICA DE DATOS PARA PROCESOS LOGÍSTICOS
2927421 ANALÍTICA DE DATOS PARA PROCESOS LOGÍSTICOS
2927422 ANALÍTICA DE DATOS PARA PROCESOS LOGÍSTICOS

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

NADIA VIVIANA MORENO VARON
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,

JUAN CARLOS BARACALDO SANTOS
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
ARGEMIRO CELIS CASTRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

15/03/24 12:18:22 USUARIO: SIC - C.C. 65630940

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 65630940		MORENO VARON NADIA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal4b #31-20 conjunto ciena	ZIPAQUIRA-CUNDINAMARCA	5555555	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	498738366	9462874858	I	2024/03/11	2024/03/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	$518,500

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0
Ciudad: ZIPAQUIRA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0
1	CC	65630940	MORENO NADIA	230201	30	$1,786,218	$285,800	EPS005	30	$1,786,218	$223,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,786,218	$9,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$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 65630940		MORENO VARON NADIA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Diagonal4b #31-20 conjunto ciena	ZIPAQUIRA-CUNDINAMARCA	5555555	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	498738366	9462874858	I	2024/03/11	2024/03/06	BANCO CAJA SOCIAL	0	$518,500

RESUMEN DE PAGO

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

ALCALDÍA MUNICIPAL DE SOACHA
GOBIERNO MUNICIPAL
NIT 800.094.755-7

Secretaría de Hacienda | Dirección de Impuestos Municipales

Código 01

FORMULARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA

FORMULARIO NO. 2110003588

A. OPCIÓN DE USO

1. Inscripción [X] 2. Novedades [ ] 3. Cese de Actividades [ ]

1.1 Sujeto Pasivo ICAT [ ] 1.2 Agente de retención [ ] 1.3 Impuesto Publicidad exterior Visual [ ]
1.4 Impuesto delineación Urbana [ ] 1.5 Otro [ ] Cuál? _____

B. ES USTED PRESTADOR DE SERVICIOS AUXILIARES, TÉCNICOS, TECNÓLOGOS O PROFESIONALES DE LAS ENTIDADES PÚBLICAS DEL MUNICIPIO? SI [X] NO [ ]

2. Nombre de la entidad: SENA		
3. Dirección de la entidad: CALLE 13 # 10 - 63	4. Número de contrato: 2216681/2021	5. Fecha del Contrato: 05 (Día) 02 (Mes) 2021 (Año)

C. DATOS DEL CONTRIBUYENTE

6. Tipo de Documento: CC [X] NIT [ ] No: 65630940 DV 8	7. Naturaleza Jurídica: Persona natural [X] Persona Jurídica [ ] Sociedad de hecho [ ]	8. Régimen Tributario: Gran Contribuyente [ ] Régimen Común [ ] Regimen Simplificado [X]
9. Nombres y apellidos o Razón Social: NADIA VIVIANA MORENO VARON		
10. Número de Registro Mercantil: Ciudad / No. Matricula	11. Fecha de matricula: Día Mes Año	12. Estado del registro mercantil: Inscripción [ ] Renovación [ ]
13. Dirección de notificación judicial: DIAG 4B 31 20 SIENNA T4 APTO 613	14. Departamento: CUNDINAMARCA	15. Municipio: ZIPAQUIRÁ
16. Dirección comercial	17. Municipio	18. Barrio: LA TOSCANA
17. Teléfono fijo o movil	18. Teléfono alterno	19. Correo Electrónico: VIVIANAMORENO489@GMAIL.COM

C. ¿USTED TIENE ESTABLECIMIENTO UBICADO EN SOACHA? SI [ ] NO [ ]

20. Nombre del Establecimiento Comercial			
21. Dirección del Establecimiento Comercial: DIAG 4B 31 20 SIENNA T4 APTO 613		22. Barrio	23. Comuna
24. Número de Registro Mercantil del Establecimiento: Ciudad / No. Matricula	25. Fecha de Matricula del Establecimiento: 19 (Día) 07 (Mes) 2021 (Año)	26. Estado del Registro Mercantil: Inscripción [ ] Renovación [ ]	

D. ACTIVIDAD ECONÓMICA

27. Tipo de actividad: Industrial [ ] Comercial [ ] Servicios [X] Financiera [ ]	28. Fecha de inicio de Actividades en el Municipio de Soacha: 05 (Día) 02 (Mes) 2021 (Año)
29. Código y descripción de la Actividad Económica (Código CIIU que aparece en el RUT)	
Código Act. Principal: 7020 Descripción: Actividades de consultaria de gestión.	

E. REPRESENTANTE LEGAL, REVISOR FISCAL Y/O CONTADOR PÚBLICO

30. Nombres y Apellidos	31. Tipo y Número de Identificación	32. CR	33. No. Tarjeta Profesional
1	1	1	1
2	2	2	2

F. NOVEDADES (TRASPASO - CAMBIO RAZON SOCIAL - CAMBIO DIRECCCION - CAMBIO REGIMEN - ACTUALIZACION DE DATOS)

34. Traspaso [ ] 35. Cambio razón Social [ ] 36. Cambio de dirección [ ] 37. Cambio de Régimen [ ] 38. Otros [ ] Cual? _____

39. Nombres y Apellidos del Nuevo Propietario	40. Tipo de Documento: CC [ ] NIT [ ] No _____ DV _____	
41. Nombre Razón social		
42. Número de Registro Mercantil: Ciudad / No. Matricula	43. Fecha de Matricula: Día Mes Año	44. Cambio de Régimen: Régimen Simplificado [ ] Régimen Común [ ]
45. Nueva Dirección	46. Barrio	47. Comuna / 48. Teléfono
49. Si selecciono la casilla 38 diligencie este campo la información a actualizar		

G. CESE DE ACTIVIDADES

50. Causal
Fusion [ ] Escisión [ ] Liquidación [ ] Cese de actividades [ ] Clausura del establecimiento [ ] Otro [ ] Cual? _____

51. Número de la cancelación del Establecimiento ante la Cámara de Comercio: Ciudad / No. Matricula	52. Fecha de Clausura del Establecimiento o servicios prestados en el Municipio de Soacha: Día Mes Año

H. FIRMAS

LA INFORMACIÓN CONSIGNADA EN ESTE FORMULARIO, SERA RESPONSABILIDAD DE QUIEN LO SUSCRIBE Y EN CONSECUENCIA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LA REALIDAD, POR LO TANTO, CUALQUIER FALSEDAD EN QUE INCURRA PODRA SER SANCIONADA

53. Contribuyente o representante legal

NADIA. T MORENO.

Nombre
CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] No.

SIN PERJUICIO DE LAS VERIFICACIONES QUE LA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS MUNICIPALES REALICE

ALCALDÍA DE SOACHA — DIRECCIÓN DE IMPUESTOS — REVISADO — 22 JUL 2021 — AINSRAC

FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO

ESTE FORMULARIO Y SU RADICACIÓN NO TIENE COSTO ALGUNO