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 CAQUETÁ

CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ

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

Código Regional	**18**
Código Centro	**951610**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**76709-751110**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SANDRA JIMENA QUIROGA CAVICHE	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	30.505.664	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	squiroga@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	47389822902
IP/Nº de contacto:	3202299570	**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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5901041/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**16924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor para impartir acciones de Formación Profesional integral en el área de Procesos básicos de panadería, bajo el enfoque por competencias laborales en los programas de formación complementarios asignados que ofrece el Centro Tecnológico de la Amazonia en los diferentes municipios. del departamento del

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024**	**Al**	**31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.950.131
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 37.975.490
Valor Bruto Pago:			**$ 3.797.549,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 32.152.582

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.797.549	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	**$ 3.797.549**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.089.194**	**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		----------	**1061835547**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.519.020	$ 650.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 189.900	$ 81.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 243.100	$ 104.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 37.100	$ 15.900
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		$ 379.755	
Salud hasta	$ 753.040	$ 162.500	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 696.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 405.406		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.089.194,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.364.549,00	
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 - FLORENCIA	20.187,00	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	**$3.777.362,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartí formación profesional integral bajo el desarrollo de competencias laborales de la formación en Elaboración básica de tortas y galletas ficha 2936862 y Procesos Básicos de Panadería ficha 2939047

Ejecute en el mes de Marzo 152 horas y 8 adicionales en Reuniones. Desarrollé mi gestión como instructora con total autonomía, respetando los principios, normas y reglamentos del SENA Registré, en rute y asocie las fichas 2936862 y 2939047.

Elaboración y mejoramiento en las guías de aprendizaje teniendo en cuenta los conocimientos adquiridos de acuerdo a la ejecución de RECURSOS: NACIÓN Ejecute mis actividades en el municipio de Florencia Caquetá,

RECURSOS: NACIÓN

Anexo informe de actividades correspondiente al mes de Marzo 2024 GTH-F-062 V10,Anexo planilla de seguridad social No 1061835547 del mes de Febrero de 2024.anexo pago de ss con valor IBC DE 1300.000 pero cometi unerror no me genera correcto los valores de feb siContr

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

Sandra Jimena Quiroga C

SANDRA JIMENA QUIROGA CAVICHE
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,

OLGA MARCELA SOTO GUTIERREZ
INSTRUCTOR G16

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
HELMAN CASTAÑEDA CASTAÑEDA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-03-01, 07:27:39 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1061835547

Periodo Cotización 202402 **Periodo Servicio** 202402

PAGADA 2024-03-01 19:26:16.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA JIMENA QUIROGA CAVICHE				
Documento	CC 30505664	**Dirección**	AV. CALLE 13 #25 - 25		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4216635		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	FLORENCIA	**Departamento**	CAQUETA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 30505664		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					QUIROGA CAVICHE SANDRA JIMENA	18001000 - 18		CAQUETA

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			$ 1.300.000	230301		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.300.000	$ 31.700	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 SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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!

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

FLORENCIA, 14 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
FLORENCIA

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	**1029986565**	**JOSE DAVID CASTAÑEDA QUIROGA**	**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,

Sandra Jimena Quiroga C

SANDRA JIMENA QUIROGA CAVICHE
C.C. 30505664