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 BOYACÁ

CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO Y MANUFACTURA-BOYACÁ

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**951410**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**19527-822407**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NYDIA ESPERANZA CELY ANGARITA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	46.381.858	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cnydiae@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	35871023601
IP/Nº de contacto:	3144335830	**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	SI
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:	5882041/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**14424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales para planear, orientar y evaluar actividades de Formación Profesional Integral que imparte el Centro Industrial de Mantenimiento y Manufactura en la red de conocimiento INFORMÁTICA DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE, área temática de SOFTWARE-SISTEMAS en el programa Articulación con la Educación Media de conformidad con los

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024**	**Al**	**30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 32.694.330
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 40.546.680
Valor Bruto Pago:			**$ 4.283.100,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 28.411.230

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.283.100	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	**$ 4.283.100**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.143.590**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**75908310**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.713.240	$ 1.713.240
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 214.200	$ 214.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 274.200	$ 274.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.000	$ 9.000
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		$ 280.000	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 428.310	
Salud hasta	$ 753.040	$ 218.800	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 715.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.414.456		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.143.590,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.283.100,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CIEN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades desarrolladas del 1 al 30 de Abril según objeto de contrato de prestación de servicios

Código de fichas:2902524, 2902555, 2902265, 2693903, 2693494

TOTAL HORAS ACTIVIDADES ACADEMICAS: 176

TOTAL HORAS ACTIVIDADES ADICIONALES:00

TOTAL HORAS MES: 176

Todas las actividades registradas en el sistema SOFIA PLUS en el periodo correspondiente

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

NYDIA ESPERANZA CELY ANGARITA
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,

GUSTAVO ADOLFO DIAZ CAMARGO
INSTRUCTOR G14

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

CONSUELO ALEXANDRA BARRERA CORONADO

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

16/04/24 22:06:31 USUARIO: SIC - C.C. 46381858

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	46381858-0	NYDIA ESPERANZA CELY ANGARITA	CRA 20a N 12 13	7700368	ecelyan1@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	SOGAMOSO		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	09/04/2024	75908310	$508.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.800	0		0		0	0	0	0	218.800	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	280.000	0	0	0	0	0	0		280.000	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	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	218.800	218.800
Pensión	1	280.000	280.000
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	508.000	508.000

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	46381858	NYDIA ESPERANZA CELY ANGARITA		CRA 20a N 12 13	7700368	ecelyan1@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOYACÁ	SOGAMOSO		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	11/03/2024	75160474	$508.000	

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	Estornudo	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	46381858	CELY ANGARITA NYDIA ESPERANZA	59	0			N																	25-14	1.750.000	280.000	0	0	0	0	EPS008	1.750.000	218.800	14-23	1.750.000	1	9.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, 16 de abril de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Sogamoso

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.	**1058358222**	**Alisson Dayana Siabato Cely**	**HIJO**
T.I.	**1054286985**	**Ronald siabato Siabato Cely**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: Nydia Esperanza Cely Angarita
C.C. 46381858 de Sogamoso

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1054286985

Indicativo Serial 41730919

41730919

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E 2 N

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO NOTARIA TERCERA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SIABATO	CELY

Nombre(s)

RONALD STEVEN.

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes MAY Día 12	MASCULINO.-	B	POSITIVO.-

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO.	51756230-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CELY ANGARITA NYDIA ESPERANZA.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 46.381.858 SOGAMOSO	COLOMBIANA.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SIABATO CALDERON JORGE EDMUNDO.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 9.297.230 DE TURBACO	COLOMBIANO.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SIABATO CALDERON JORGE EDMUNDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 9.297.230 DE TURBACO	Jorge Siabatto

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009 Mes MAY Día 15	GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA TERCERA Gustavo Pedraza Gutiérrez NOTARIO SOGAMOSO - BOYACA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jorge Siabatto. Firma	GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE SOGAMOSO
ES COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE SE EXPIDE
EN UNA HOJA DE PAPEL COMUN PARA DEMOSTRAR
PARENTESCO LEY 2a. De 1976
ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE
15 MAY 2009
SOGAMOSO:

NOTARIA 3ª

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA TERCERA Gustavo Pedraza Gutiérrez NOTARIO SOGAMOSO - BOYACA

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

FESA S.A. NIT. 890.321.191-0

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1058358222

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54353525

54353525

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1842

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

COLOMBIA | BOYACA | SOGAMOSO

Datos del inscrito

Primer Apellido: SIABATO

Segundo Apellido: CELY

Nombre(s): ALISSON DAYANA

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes ABR Día 20

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA | BOYACA | SOGAMOSO

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número de certificado de nacido vivo: 12643289-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CELY ANGARITA NYDIA ESPERANZA

Documento de Identificación (Clase y número): C.C Nº 46.381.858

SOGAMOSO

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SIABATO CALDERON JORGE EDMUNDO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C Nº 9.297.230

TURBACO

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SIABATO CALDERON JORGE EDMUNDO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C Nº 9.297.230

TURBACO

Firma

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 2014 Mes ABR Día 23

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ROSALIA CAMARGO PALACIOS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

*-
*-
*-
*-

APORTES Y SUBSIDIO SOGAMOSO
23 ABR 2014
RECIBIDO

NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE SOGAMOSO
CERTIFICO QUE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO
ES EXACTAMENTE AL DEL ORIGINAL
QUE SE ENCUENTRA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA
23 ABR 2014
NOTARIA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -