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	**22 de Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**01402-699024**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANA MILENA CRUZ ROJAS	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	53.931.238	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	crana8@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	406170019987
IP/Nº de contacto:	3152682292	**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:	5834607/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**9324**	**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 ASISTENCIA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024 Al 30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.724.360
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 44.655.450
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 31.258.815

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**29519930**
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.	$ 1.750.123		
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

Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el desarrollo curricular, guías de aprendizaje del respectivo periodo y proyecto formativo de los programas del área temática objeto del contrato.

fichas 2944560, 2944632, 2738141, 2725678, 2946876, 2940420, 2940469

Presentar la cuenta de cobro según los requsitos 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

ANA MILENA CRUZ ROJAS
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)

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANA MILENA CRUZ ROJAS
IDENTIFICACIÓN:	CC-53931238
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-04-08
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-04-09
FECHA DE PAGO:	2024-04-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERÍODO PENSIÓN:	2024-03
PERÍODO SALUD:	2024-03
NÚMERO PLANILLA:	29519930
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	29519930
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.786.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.300	$ 223.300
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.786.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.900	$ 285.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.786.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.400	$ 9.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 518.600	$ 518.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/05/2024

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO
Período Pensión: 2024-03
Período Salud : 2024-03

Se certifica que en la fecha 2024-04-08 la empresa ANA MILENA CRUZ ROJAS con documento de identificación CC 53931238 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante CRUZ ROJAS ANA MILENA identificado con CC-53931238, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
CC-53931238	ANA MILENA CRUZ ROJAS

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
29519930	I	2024-04-08	0,00522

Datos Administradoras

Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	900336004	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	30
EPS	800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30

PAGADO

SOACHA GOBIERNO-MUNICIPAL
NIT. 800.094.755-7

Secretaría de Hacienda | Dirección de Rentas

Código 01

FORMULARIO ÚNICO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA

FORMULARIO No 221024625

Diligenciar sin tachones, borrones ni enmendaduras

DISTRIBUCIÓN GRATUITA

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 [ ] Cual? _____

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

2. Nombre de la Entidad	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	
3. Dirección de la entidad CALLE 13 NO. 10-63	**4. Número de contrato** 9232392023	**5. Fecha del Contrato** 01 / 09 / 2023 (Día / Mes / Año)

C. DATOS DEL CONTRIBUYENTE

6. Tipo de Documento: CC [X] NIT [ ] CE [ ] No. 53931238 DV ___	**7. Naturaleza Jurídica** Persona Natural [X] Persona Jurídica [ ] Sociedad de hecho [ ]	**8. Régimen Tributario** Régimen Preferencial [X] Régimen Común [ ] Regimen Simple de Tributación [ ] Gran contribuyente [ ]

9. Nombres y apellidos o Razón Social: ANA MILENA CRUZ ROJAS

10. Número de Registro Mercantil Ciudad: SOACHA / No. Matricula:	**11. Fecha de matrícula** 31 / 08 / 2023 (Dia / Mes / Año)	**12. Estado del registro mercantil** Inscripción [X] Renovación [ ]	
13. Dirección de notificación judicial		**14. Departamento**	**15. Municipio**
16. Dirección de cobro		**17. Municipio**	**18.Celular**
19. Celular u otro	**20. Correo Electronico**	**21. Correo Notificación**	

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

22. Nombre del Establecimiento Comercial			
23. Dirección del Establecimiento Comercial		**24. Barrio**	**25. Comuna**
26. Teléfono fijo o movil	**27. Teléfono alterno**	**28. Correo Electrónico**	
29. Número de Registro Mercantil del Establecimiento Ciudad / No. Matricula	**30. Fecha de Matrícula del Establecimiento** Dia / Mes / Año	**31. Estado del Registro Mercantil** Inscripción [ ] Renovación [ ]	

D. ACTIVIDAD ECONÓMICA

32. Tipo de actividad Industrial [ ] Comercial [ ] Servicios [ ] Financiera [ ]	**33. Fecha de inicio de Actividades en el Municipio de Soacha** Dia / Mes / Año
34. Código y descripción de la Actividad Económica (Código CIIU que aparece en el RUT) Código Act. Principal: Descripción:	

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

35. Nombres y Apellidos 1. ANA MILENA CRUZ ROJAS 2.	**36. Tipo y Número de Identificación** 1. CC 53931238 2.	**37. CR** 1. 2.	**38. No. Tarjeta Profesional** 1. 2.

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

39. Traspaso [ ] **40. Cambio razón Social** [ ] **41. Cambio de dirección** [ ] **42. Cambio de Régimen** [ ] **43. Otros** [ ] **Cual?** _____

44. Nombres y Apellidos del Nuevo Propietario		**45. Tipo de Documento:** CC [ ] NIT [ ] CE [ ] No. ___ DV ___
46. Nombre Razón social		
47. Número de Registro Mercantil Ciudad / No. Matrícula	**48. Fecha de Matrícula** Dia / Mes / Año	**49. Cambio de Régimen** Régimen Preferencial [ ] Régimen Común [ ] Regimen Simple de tributación [ ] Gran Contribuyente [ ]

50. Nueva Dirección	**51. Barrio**	**52. Comuna**	**53. Celular**
54. Si selecciono la casilla 38 diligencie este campo la información a actualizar			

G. CESE DE ACTIVIDADES

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

56. Número de la cancelación del Establecimiento ante la Cámara de Comercio Ciudad / No. Matricula	**57. Fecha de Clausura del Establecimiento o servicios prestados en el Municipio de Soacha** Dia / 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.	SIN PERJUICIO DE LAS VERIFICACIONES QUE LA DIRECCION DE IMPUESTOS MUNICIPALES REALICE:
58. Contribuyente o representante legal Nombre	
CC [ ] CE [ ] OTRO [ ] No.	FIRMA DEL FUNCIONARIO AUTORIZADO

ESTE FORMULARIO Y SU RADICACIÓN NO TIENE COSTO ALGUNO

¡El pago oportuno de sus impuestos genera Bienestar para todos!

Dirección de Rentas
Calle 13 # 8-40
Código Postal: 250051
Teléfono: 60 (1)7326900
Soacha- Cundinamarca
www.alcaldiasoacha.gov.co

ORIGINAL DIRECCIÓN DE RENTAS

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 19 de ABRIL de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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:

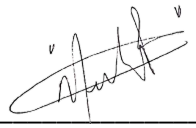
T.I.	**1071789657**	**Ana Victoria García Cruz**	**HIJO**
T.I.	**1071789658**	**Ana Sofia García Cruz**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: Ana Milena Cruz Rojas
C.C. 53.931.238 de Fusagasugá

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1071789657

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43999418

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** J 0 L

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

NOTARIA 2 FUSAGASUGA COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GARCIA	CRUZ

Nombre(s)

ANA VICTORIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes OCT Día 27	FEMENINO	B	+

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10916127-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CRUZ ROJAS ANA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0053931238	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GARCIA MORALES HUGO RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0011257844	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GARCIA MORALES HUGO RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0011257844	

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 2011 Mes NOV Día 01

Nombre y Firma del funcionario autorizado

SANDRA CAROLINA ALARCON ARIAS

Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SANDRA CAROLINA ALARCON ARIAS
NOTARIA(E)
Fusagasugá

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1071789658

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43999419

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 6 L

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

NOTARIA 2 FUSAGASUGA COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: GARCIA | Segundo Apellido: CRUZ

Nombre(s): ANA SOFIA

Fecha de nacimiento: Año 2011 Mes OCT Día 27 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: B | Factor RH: +

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 10916128-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CRUZ ROJAS ANA MILENA

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0053931238 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GARCIA MORALES HUGO RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0011257844 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GARCIA MORALES HUGO RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0011257844 | 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 2011 Mes NOV Día 01

Nombre y firma del funcionario que autoriza

SANDRA CAROLINA ALARCON

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -