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	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**02595-048283**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ADRIANA TORRES ALVARADO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	65.812.579	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	atorres975@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	001770130480
IP/Nº de contacto:	3128669871	**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:	5846687/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**20324**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

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 ENTRENADOR DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS DEL CENTRO INDUST

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024 Al 30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 37.808.281
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 46.739.371
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 33.342.736

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	**$ 2.373.867**	**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		----------	**9463809145**
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 V		$ -	$ 0
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		$ 8.586.454	
Dependientes hasta		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 0	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 877.473		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.373.867,00	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

2773724INSTALACION DE SISTEMAS ELECTRICOS RESIDENCIALES Y COMERCIALES

2955789TRABAJADOR AUTORIZADO PARA TRABAJO EN ALTURAS

2955955TRABAJADOR AUTORIZADO PARA TRABAJO EN ALTURAS

2974593TRABAJADOR AUTORIZADO PARA TRABAJO EN ALTURAS

2958404TRABAJADOR AUTORIZADO PARA TRABAJO EN ALTURAS

REENTRENAMIENTO EN TRABAJO EN ALTURAS PARA TRABAJADOR AUTORIZADO

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

ADRIANA TORRES ALVARADO
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)

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 65812579		TORRES ALVARADO ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 10 #5-62 TORRE 13 452	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	3128669871	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	596184281	9463809145	I	2024/04/17	2024/04/25	BANCO DAVIVIENDA	8	$470,300

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)					$1,638,732	$262,200			$1,638,732	$204,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,638,732	$262,200			$1,638,732	$204,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,638,732	$262,200			$1,638,732	$204,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	65812579	TORRES ADRIANA	25-14	30	$1,638,732	$262,200	EPS002	30	$1,638,732	$204,900		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,638,732	$262,200			$1,638,732	$204,900			$0	$0			$0	$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 65812579		TORRES ALVARADO ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 10 #5-62 TORRE 13 452	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	3128669871	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	596184281	9463809145	I	2024/04/17	2024/04/25	BANCO DAVIVIENDA	8	$470,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$262,200	$1,800	$0	$264,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$262,200	$1,800	$0	$264,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$204,900	$1,400	$0	$206,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$204,900	$1,400	$0	$206,300
TOTAL				**1**	**$467,100**	**$3,200**	**$0**	**$470,300**

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 65812579		TORRES ALVARADO ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 10 #5-62 TORRE 13 452	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	3128669871	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	603959392	9466421728	N	2024/04/17	2024/04/29	BANCO DAVIVIENDA	12	$42,500

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)					$147,486	$23,600			$147,486	$18,400			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$147,486	$23,600			$147,486	$18,400			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$147,486	$23,600			$147,486	$18,400			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	65812579	TORRES ADRIANA	25-14	30	($1,638,732)	($262,200)	EPS002	30	($1,638,732)	($204,900)		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
2	CC	65812579	TORRES ADRIANA	25-14	30	$1,786,218	$285,800	EPS002	30	$1,786,218	$223,300		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$147,486	$23,600			$147,486	$18,400			$0	$0			$0	$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 65812579		TORRES ALVARADO ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 10 #5-62 TORRE 13 452	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	3128669871	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	603959392	9466421728	N	2024/04/17	2024/04/29	BANCO DAVIVIENDA	12	$42,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,600	$300	$0	$23,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$23,600	$300	$0	$23,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,400	$200	$0	$18,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$18,400	$200	$0	$18,600
TOTAL				**1**	**$42,000**	**$500**	**$0**	**$42,500**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Soacha- abril-2024

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:

SANTIAGO BARCO TORRES	**TI 1025067700**	**12 AÑOS**	**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,



Adriana Torres Alvarado

C.C. 65812579

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025067700

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50335173

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaría [X] Número 9 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 1 0 0 9

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BARCO	TORRES

Nombre(s)

SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes MAR Día 17	MASCULINO	"O"	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10547849-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TORRES ALVARADO ADRIANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cédula de ciudadanía 65.812.579	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BARCO OTALVARO NELSON ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cédula de ciudadanía 5.916.502	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BARCO OTALVARO NELSON ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
Cédula de ciudadanía 5.916.502	

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 2011 Mes ABR Día 14	CLAUDIA LUCIA ROJAS BERNAL NOTARIA 9 - BOGOTA ENCARGADA
MEEYA W.	Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

NOTARIA 9 - BOGOTA D.C. CLAUDIA LUCIA ROJAS BERNAL Notaria Encargada

M. H. WILCHES T.P. 127736

ASSENDA S.A. NIT. 890.321.151-0 100242251

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO **1.025.067.700**

BARCO TORRES

APELLIDOS

SANTIAGO

NOMBRES

Santiago Barco

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-MAR-2011**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

17-MAR-2029 **O+** **M**

FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO

16-JUL-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01042308-M-1025067700-20181025 0062834275A 2 1275060309