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 CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

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

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**87475-232016**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	35.897.324	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	angiedemarchi23@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	53675048700
IP/Nº de contacto:	44224	**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:	5967347/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**23924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACION INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ROL DE INSTRUCTOR TÉCNICO APORTANDO EN LA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN Y ASESORÍA TÉCNICA PARA EL EMPRENDIMIENTO RURAL Y CAMPESINO; DE

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2024**	**Al**	**31/05/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 36.939.753
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 46.606.230
Valor Bruto Pago:			**$ 5.178.470,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 31.761.283

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.178.470	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	1,95%
Ingresos por comisiones	$ 2.870.754	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 97.038
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.049.224**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.981.902**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 97.038**

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

		Mayo	Abril			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.981.902,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4547316375**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	7.458.724,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.071.388	$ 2.071.388	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 259.000	$ 259.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 331.500	$ 331.500	Menos Retención en la Fuente	97.038,00	1,95%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL		$ 10.900	$ 10.900	Reteica - 8551 - QUIBDO	14.917,00	0,200%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
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		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Pro Utch	77.677,00	1,500%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 804.922		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 27.886.012	$ 1.661.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.003.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.988.838,00**	

SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes de mayo realice el pago de la planilla de seguridad 4547316375 y las siguientes actividades:

Reuniones organizada por la dinamizadora.

Orientación de ruta 1 con instructores nuevo.

Se realiza la matrícula de la formación fortalecimiento en comportamiento emprendedor y los cursos de negocios verdes.

Se realiza la ejecución de la siguiente competencia: Fomentar cultura emprendedora según habilidades y competencias personales.

Se Participo en la capacitación por el señor Ricardo Ramírez de dirección nacional Se participo en la reunión presencial con la dinam/

Se participo en la reunión asignada por el Directo Regional, Riesgo Laboral – Ministerio de Trabajo.

Realice la feria BOJAYÁ EMPRENDE.

Se entrega archivos planos para la formación Generación de ideas para un negocio innovador.

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



ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

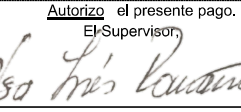
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



ELSA INES ROMAÑA ROMAÑA
INSTRUCTOR G15

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

CARLOS NEHEMIAS SALAMANDRA MARTINEZ

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)

26/05/24 22:03:52 USUARIO: SIC -

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

QUIBDO, 6 de Marzo del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
QUIBDO

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:

RC	**10784615333**	**KARLA ISABELLA ROJAS DEMARCHI**	**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,



ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ
C.C. 35897324

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

18 JUL 2010

NUIP 1078461533

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43678601

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código K9H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -

Datos del inscrito

Primer Apellido: ROJAS
Segundo Apellido: DEMARCHI
Nombre(s): KARLA ISABELLA

Fecha de nacimiento: Año 2010 Mes JUN Día 15
Sexo (en letras): Femenino
Grupo sanguíneo: B
Factor RH: +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIMIENTO
Número certificado de nacido vivo: 52357507-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: DEMARCHI CABRANEZ ANGIE KATERINE
Documento de identificación (Clase y número): C.C # 35.897.324 De QUIBDO
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ROJAS MARTINEZ CARLOS ALBERTO
Documento de identificación (Clase y número): C.C # 12.022.131 De QUIBDO
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROJAS MARTINEZ CARLOS ALBERTO
Documento de identificación (Clase y número): C.C # 12.022.131 DE QUIBDO
Firma: X Carlos A. Rojas

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXX
Documento de identificación (Clase y número): # XXXXXXXXXX DE XXXXXXXXX
Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXX
Documento de identificación (Clase y número): # XXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXX
Firma:

Fecha de inscripción

Año 2010 Mes JUN Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

X Carlos A. Rojas Martinez
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien firmo el reconocimiento: ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35897324
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL:			ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	BARRIO COHIMBRA	TELÉFONO:	6713161
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4547316375	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		13			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/05/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998745436

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 331.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.500	$ 0	$ 331.500	$ 3.500	$ 335.000
SUBTOTALES:										**$ 331.500**	**$ 3.500**	**$ 335.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 259.000	$ 0	$ 2.800	$ 0	$ 259.000	$ 2.800	$ 0	$ 261.800
SUBTOTALES:													**$ 259.000**	**$ 2.800**	**$ 0**	**$ 261.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.900	$ 10.900	$ 200	$ 0	$ 11.100
SUBTOTALES:									**$ 10.900**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 11.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD							ARP								CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 35897324	DEMARCHI CABRANEZ ANGIE KATERINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.071.388				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.071.388	$ 331.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 331.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.071.388	$ 259.000	$ 0	$ 259.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.071.388	$ 35897324	$ 10.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 607.900**

Planilla Pagada