

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 GUAVIARE CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		95			
			Código Centro		953310			
			Fecha Elaboración		Junio de 2024			
			Versión		MARZO 2024 - 2,24			
			ID de Proceso		91382-351357			
DATOS DEL CONTRATISTA								
Nombres y apellidos:		CAROLINA BUITRAGO BEJARANO		Banco a consignar:		BANCO BBVA		
Cédula de Ciudadanía		1.115.066.543		Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico:		cbuitragobe@sena.edu.co		Número de Cuenta:		0846044659		
IP/N° de contacto:		3164479873		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								
N° del contrato:		5852238/2024		N° Compromiso SIIF		6424		
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN REGULAR, RED DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE INTEGRALIDAD DE LA FORMACIÓN. RDO CPE NO. 95-9-2024-000282						
DATOS PERIODO DEL PAGO								
Del		01/06/2024		Al		30/06/2024		
Número de pago		5		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 28.877.191		
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 46.739.371		
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 24.411.646		
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								
		Junio		Mayo		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		9467706379		Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL		\$ 9.400		\$ 9.400		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -					0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Pro-Univesidad de la Amazonia	22.328,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 446.555				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 34.082.904		\$ 875.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 3.500.246					0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
						VALOR A PAGAR	\$4.443.217,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE								
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Preselección de talento humano mediado por las herramientas tic								
Gestión Agroempresarial								
EDT Imagen y presentación Personal, Destrezas Comportamentales.								
EDT Imagen y presentación Personal, Destrezas Comportamentales.								
Servicios comerciales y financieros								
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				Carolina Buitrago Bejarano		Firmado digitalmente por Carolina Buitrago Bejarano		
				CAROLINA BUITRAGO BEJARANO		EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO								
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago.		El Supervisor,		
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 periodo 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.								
				EZEQUIEL TARAZONA MURILLO		COORDINADOR ACADÉMICO		
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								
GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ								
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)								

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1115066543		BITRAGO BEJARANO CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 27b 48	SAN JOSE DEL GUAVIARE- GUAVIARE	11111111	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	697793436	9467706379	I	2024/06/14	2024/06/11	NEQUI	0	\$649,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES						
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
1	CC	1115066543	BUITRAGO CAROLINA																		Z30301	30	\$2,236,000	\$357,800	EPS018	30	\$2,236,000	\$279,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,236,000	\$11,700	0	\$0	\$0	No	\$649,000	
Total Afiliados(1)																								\$2,236,000	\$357,800			\$2,236,000	\$279,500			\$0	\$0			\$2,236,000	\$11,700			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115066543		BITRAGO BEJARANO CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 27b 48	SAN JOSE DEL GUAVIARE- GUAVIARE	11111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	697793436	9467706379	I	2024/06/14	2024/06/11	NEQUI	0	\$649,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$357,800	\$0	\$0	\$357,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$357,800	\$0	\$0	\$357,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,700	\$0	\$0	\$11,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,700	\$0	\$0	\$11,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$279,500	\$0	\$0	\$279,500	
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	\$279,500	\$0	\$0	\$279,500	
TOTAL				1	\$649,000	\$0	\$0	\$649,000	



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SAN JOSE DEL GUAVIARE, 1 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
SAN JOSE DEL GUAVIARE

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	1112154836	María Paula Olaya Buitrago	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,

Carolina Buitrago
Bejarano

Firmado digitalmente
por Carolina Buitrago
Bejarano

CAROLINA BUITRAGO BEJARANO
C.C. 1115066543

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1112154836

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

43692993

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 01 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código V 2 F

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

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA GUADALAJARA DE BUGA-

Datos del inscrito

Primer Apellido OLAYA Segundo Apellido BUITRAGO

Nombre(s) MARIA PAULA

Fecha de nacimiento Año 2010 Mes ENERO Día 26 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O POSITIVO Factor RH

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

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA GUADALAJARA DE BUGA. HOSPITAL SAN JOSE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO- Número certificado de nacido vivo 51884364-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos BUITRAGO BEJARANO CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número) CC# 1.115.066.543 DE BUGA - Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos OLAYA MARTINEZ FEDERICO

Documento de identificación (Clase y número) CC# 1.115.066.470 DE BUGA - Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos BUITRAGO BEJARANO CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número) CC# 1.115.066.543 DE BUGA - Firma Carolina Buitrago

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

CELEH

Fecha de inscripción Año 2010 Mes ENERO Día 28

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

LA NOTARIA PRIMERA DE BUGA VALLE DE GUADALAJARA CERTIFICA

LIBRO DE VARIOS # 6 FOLIO # 25

El presente registro civil es fiel y auténtica copia de su original que aparece en el libro

Indicativo serial 43692993

de esta Notaría, Decreto 1260/70 Art. 115.

Se expide hoy 10 NOV 2015

Boy le,

MIGUEL ALFREDO LEDESMA CHAVARRA Notario 1º de Guadalupe de Buga Valle

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUPI 1.120.582.078

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51938630

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código X 2 R

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE - COLOMBIA - GUAVIARE - SAN J

Datos del inscrito

Primer Apellido OLAYA Segundo Apellido BUITRAGO
Nombre(s) RAFAEL ALEJANDRO

Fecha de nacimiento Año 2016 Mes MAY Día 03 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)
COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO. Número certificado de nacido vivo 52701892-3.

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos BUITRAGO BEJARANO CAROLINA
Documento de identificación (Clase y número) CC 1.115.066.543. Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos OLAYA MARTINEZ FEDERICO
Documento de identificación (Clase y número) CC 1.115.066.470. Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos OLAYA MARTINEZ FEDERICO
Documento de identificación (Clase y número) CC 1.115.066.470.

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 2016 Mes MAY Día 05
Nombre y firma del funcionario que autoriza JORGE MILLER VEGA DIAZ (E) REGI
Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -