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 MINERO-BOYACÁ

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**911110**
Fecha Elaboración	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**57016-732228**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HEIDY ANDREA ARCHILA REYES	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	46.377.446	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	harchilar@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	35861736332
IP/Nº de contacto:	3112428362	**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:	6163735/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**76824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: COMUNICADO 15-9-2024-004184, PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR, ORIENTAR Y EVALUAR ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE IMPARTE EL CENTRO MINERO, ÁREA TEMÁTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN LOS PROGRAMAS

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2024 Al 30/06/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 27.554.610
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 35.835.270
Valor Bruto Pago:	**$ 4.283.100,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 23.271.510

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	**$ 2.511.490**	**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	2.511.490,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4549953593**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.283.100,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.713.240	$ 1.713.240	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 214.200	$ 214.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 274.200	$ 274.200	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL	II	$ 17.900	$ 17.900	Reteica - 8299	0,00	1,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	1,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	1,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	1,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	1,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	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		$ 428.310		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 27.886.012	$ 837.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.618.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**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

Planear, orientar y evaluar procesos de formación en el área y programa objeto del presente contrato, de acuerdo con la programación establecida, el modelo pedagógico del SENA, los lineamientos del sistema de gestión integral de calidad.

Establecer la ruta de aprendizaje y asociar aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS de acuerdo a la programación en intensidad horaria que se fije para cada programa de formación.

Planear y ejecutar las actividades relacionadas de la guía de aprendizaje.

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

Aplicar según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad.

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

HEIDY ANDREA ARCHILA REYES
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,

JEIMY LILIANA MOJICA PIRAGAUTA
INSTRUCTOR G13

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
HARVEY YADIVER DIMATE RODRÍGUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46377446
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HEIDY ANDREA ARCHILA REYES
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 11 A 19 72	TELÉFONO:	2222222
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:		**4549953593**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/05/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998734815

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	$ 274.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 274.200	$ 0	$ 274.200
SUBTOTALES:										**$ 274.200**	**$ 0**	**$ 274.200**

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
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 214.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 214.200	$ 0	$ 0	$ 214.200
SUBTOTALES:													**$ 214.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 214.200**

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	$ 17.900	$ 17.900	$ 0	$ 0	$ 17.900
SUBTOTALES:									**$ 17.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 17.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES											
																												PENSIÓN									SALUD							ARP																						
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																																		
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 46377446	ARCHILA REYES HEIDY ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.713.240				NO																			25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.713.240	$ 274.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 274.200	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.713.240	$ 214.200	$ 0	$ 214.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.713.240	46377446	$ 17.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 506.300**

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, junio de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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:

C.C.	**1057576939**	**Santiago Andes Tibaduiza Archila**	**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: Heidy Andrea Archila Reyes
C.C. 46.377.446 de Sogamoso

Universidad de Boyacá

NIT 891.801.101-6

Personería Jurídica 6553 del 25 de mayo de 1981 RESOLUCION N° 2910/04 MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
CAMPUS UNIVERSITARIO: CARRERA 2ª ESTE N° 64 - 169 Tel. 745 0000 TUNJA - BOYACÁ - COLOMBIA
APARTADO AÉREO 1118 - FAX: (8) 745 0044 - CÓDIGO POSTAL 150003
TUNJA - BOYACÁ - COLOMBIA

FECHA		
30	01	2024
DIA	MES	AÑO

RECIBO DE CAJA N° S 28938

RECIBIMOS DE: SANTIAGO ANDRÉS TIBADUIZA ARCHILA
DESCRIPCIÓN: FACTURA MANUAL - MATRICULA CUPÓN # 103763999 / CHEQUE # 4666344

CÓDIGO 11824006

SEMESTRE ACADÉMICO

CÓDIGO	CONCEPTO	DEBE	HABER
11050601	CAJA CHEQUES	3.690.000,00	0,00
13170103	EDUCACIÓN FORMAL - SUPERIOR FORMACIÓN PROFESIONAL	0,00	3.690.000,00
	TOTAL	3.690.000,00	3.690.000,00

FIRMA RESPONSABLE Y SELLO

Fracción Cliente

Universidad de Boyacá

CUPÓN DE PAGO / CPM
NIT. 891.801.101-6
PAGAR EN

BANCO BBVA CTA. AHORROS No. 349-156349
BANCOLOMBIA CTA. AHORROS No. 258-0198556-7
BANCO DAVIVIENDA CTA. AHORROS No 1765-0004-4977

REFERENCIA
103763999
FECHA DE EXPEDICIÓN
30/01/2024
FECHA DE VENCIMIENTO
31/01/2024

NOMBRE DEL PAGADOR / CLIENTE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		CÓDIGO
SANTIAGO ANDRÉS TIBADUIZA	1057576939		11824006
PERÍODO	**UBICACION SEMESTRAL**	**No. Usuario**	**CONSECUTIVO**
202410	1	A85217	112773
PROGRAMA / DEPENDENCIA			
ADMON DE EMPRESAS -			

CONCEPTO	Vr. UNITARIO	VALOR TOTAL
MATRÍCULA PREGRADO, DIPLOMADOS Y CURSOS	$ 3,690,000.00	$ 3,690,000.00
SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL PESOS.	**TOTAL**	$ 3,690,000.00

Observaciones:

1. Favor verificar que el valor registrado sea igual al entregado por usted.
2. La impresión de los formatos de recaudo debe hacerse en papel Bond 75 gr/m2 (Papel para Fotocopiado).
3. No se aceptan formatos impresos en papeles químicos tipo FAX, la impresión debe realizarse con impresora laser de alta resolución.

Powered by CamScanner