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	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**60890-482422**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	PAOLA ANDREA MOSQUERA VASQUEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	35.600.311	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	paolam@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	53663328138
IP/Nº de contacto:	3116400389	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
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:	5900503/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**16924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACION INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE NOVENTA Y CINCO (95) INSTRUCTORES PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL TITULADA, PROGRAMADA POR EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DEL C

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2024 Al 30/06/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 21.772.638
Número de pago	**5**	**Valor Total del Contrato:**	$ 34.177.941
Valor Bruto Pago:	**$ 3.797.549,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 17.975.089

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.797.549	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	**$ 3.797.549**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.232.794**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8377276645**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.519.020	$ 1.519.020
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 189.900	$ 189.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 243.100	$ 243.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.000	$ 8.000
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		$ 379.755	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 744.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.390.839		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.232.794,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.364.549,00	
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 - 8551 - QUIBDO	6.729,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	56.963,00	1,500%
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	**$3.733.857,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

en este mes para el tecnicode cosmetologia y estetica integral se dieron inicio a las practicas de la competencia tratamiento de la piel,relacionada con el area de cosmetologia facial.

se realizaron clases relacionadas con protocolos,historia clinica y consentimiento informado

se realizaron practicas grupales relacionada con la competencia que se esta desarrollando actualmente

se calificaron resultados de algunas competencias como orientar personas segun normativa de salud en el area de cosmetologia

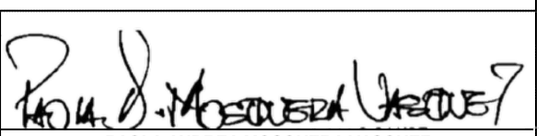
se participo en actividades relacionadas con bienestar al aprendiz donde se brindo apoyo a algunas aprendices desde el area de psicologia con orientaciones y charlas dirigidas

se participo en charlas de sindesena ,actualmente la formacion se esta desarrollando en la sede principal

se dan refuerzos a las practicas

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



PAOLA ANDREA MOSQUERA VASQUEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

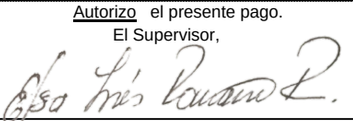
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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)

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): PAOLA ANDREA MOSQUERA VASQUEZ
No. Identificación: CC35600311
Dirección: CL 24 N 6 47
Telefono: 6712754
Correo: YEFIC@HOTMAIL.COM
Ciudad: QUIBDÓ
Número de Planilla: 8377276645

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	PAOLA ANDREA MOSQUERA VASQUEZ
Tipo y número de identificación	CC35600311
Número de planilla	8377276645
Fecha pago	2024-06-11
Número de autorización pago	77276645
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2024
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	442900
Total Intereses de Mora	1900

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	8100	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	244100	1
ESSC24	EPS-S Coosalud	190700	1

8377276645

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 35600311
APELLIDOS Y NOMBRES: PAOLA ANDREA MOSQUERA VASQUEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
ESSC24	25-14	1519200	1519200	1519200	0	189900	0	243100	0	8000	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

QUIBDO, 22 de Febrero 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:

C.C.	1078457749	ANDRES YESID CAMILO ARIAS MOSQUERA	Hijo(a)

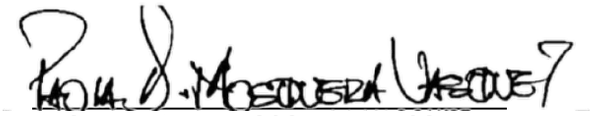
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

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,



PAOLA ANDREA MOSQUERA VASQUEZ
C.C. 35600311

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC
1.078.457.749

APELLIDOS / NOMBRES
ARIAS MOSQUERA
ANDRES YESID CAMILO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
21-OCT-2005
QUIBDO - CHOCO

FECHA DE EXPEDICIÓN
22-DIC-2023

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
QUIBDO - QUIBDO

OFICINA DE ENTREGA
QUIBDO - QUIBDO

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 22-JUN-2024

8510428456
22-DIC-2023