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 CAUCA**

**CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **19** |
| **Código Centro** | **930710** |
| **Fecha Elaboración** | **Julio de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **17164-582171** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | YULY PAOLA JOYA HOYOS | **Banco a consignar:** | BANCO BBVA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.061.707.343 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | ypjoya@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 721765048 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3054640063 | **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:** | 5842662/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **13624** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 10 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista aportando en la planeación y ejecución de los procesos formativos en la modalidad presencial, a distancia y/o virtual en los programas de formación de nivel titulada del Centro de Comercio y Servicios, perteneciente a la red: Mercadeo y Ventas, según las necesidades del servicio en los diferentes municipios del |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/07/2024** | **Al** | **31/07/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 17.862.180 |
| **Número de pago** | **7** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 40.934.163 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 13.396.635 |

## 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** | **$ 2.347.990** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Julio | Junio | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **9469101709** | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.347.990,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.786.218 | $ 1.786.218 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.465.545,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 223.300 | $ 223.300 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 285.800 | $ 285.800 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL | I | $ 9.400 | $ 9.400 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | | Reteica - 8551 - POPAYAN | 8.931,00 | 0,200% |
| 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 | | $ 208.000 | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | | - | 0,00 | 0% |
| 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 | $ 162.500 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 30.984.458 | $ 782.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 4.132.629 | | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | | **VALOR A PAGAR** | **$4.456.614,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar apoyo de formación integral presencial y a distancia y/o virtual a los programas de formación titulada del Centro de CyCS
aportando en la planeación y ejecución de los procesos formativos
Elaborar Guias de aprendizaje
Realizar seguimiento a los aprendices de etapa práctica
Revisar bitácoras
Apoyo en la construcción del Producto Minimo Viable a los aprendices en etapa práctica con modalidad proyecto productivo
Apoyo al laboratorio de Neuromarketing por medio de SENNOVA

**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

Firmado digitalmente por Yuli Paola Joya Hoyos
Fecha: 2024.07.16 19:03:25 -05'00'

**YULY PAOLA JOYA HOYOS**
**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,

Firmado digitalmente por Ada Lorena Cerón Rosero
Fecha: 2024.07.18 22:14:24 -05'00'

**ADA LORENA CERON ROSERO**
**INSTRUCTOR G20**

**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**
**HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ**
**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 1061707343 | | JOYA HOYOS YULY PAOLA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 73N # 34-95 | POPAYAN-CAUCA | 3496333 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-06 | 2024-06 | 780504349 | 9469101709 | I | 2024/07/11 | 2024/07/16 | NEQUI | 5 | $556,600 |

**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)** | | | | | $1,786,218 | $285,800 | | | $1,786,218 | $223,300 | | | $1,786,218 | $35,800 | | | $1,786,218 | $9,400 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,786,218 | $285,800 | | | $1,786,218 | $223,300 | | | $1,786,218 | $35,800 | | | $1,786,218 | $9,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,786,218 | $285,800 | | | $1,786,218 | $223,300 | | | $1,786,218 | $35,800 | | | $1,786,218 | $9,400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1061707343 JOYA YULY | 230301 | 30 | $1,786,218 | $285,800 | EPS005 | 30 | $1,786,218 | $223,300 | CCF14 | 30 | $1,786,218 | $35,800 | 14-23 | 30 | $1,786,218 | $9,400 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $1,786,218 | $285,800 | | | $1,786,218 | $223,300 | | | $1,786,218 | $35,800 | | | $1,786,218 | $9,400 | | $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 1061707343 | | JOYA HOYOS YULY PAOLA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 73N # 34-95 | POPAYAN-CAUCA | 3496333 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-06 | 2024-06 | 780504349 | 9469101709 | I | 2024/07/11 | 2024/07/16 | NEQUI | 5 | $556,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $285,800 | $1,100 | $0 | $286,900 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $285,800 | $1,100 | $0 | $286,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $9,400 | $100 | $0 | $9,500 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $9,400 | $100 | $0 | $9,500 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $35,800 | $200 | $0 | $36,000 |
| COMFACAUCA | CCF14 | 891,500,182 | 0 | 1 | $35,800 | $200 | $0 | $36,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $223,300 | $900 | $0 | $224,200 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $223,300 | $900 | $0 | $224,200 |
| TOTAL | | | | 1 | $554,300 | $2,300 | $0 | $556,600 |


Nequi

# Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave\
9469101709

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud
16 de julio de 2024

CUS
780504349

Referencia Nequi
M3312653

¿Cuánto?
$ 556.600,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
186.81.131.6

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1061707343

Factura de comercio
9469101709

Tu plata salió de:



Disponible

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

# Yuly Paola Joya Hoyos

C.C 1.061.707.343

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 15 de julio 2024

**Aura Isabel Mora**

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 765752610000

**PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS**

**FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

**Generalidades:**

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Popayán, 19 de junio de 2024

Señores

**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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:

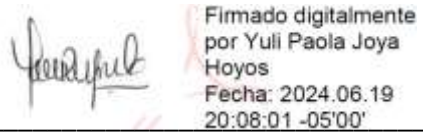
| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1059244242** | **LUCIANA MUÑOZ JOYA** | **HIJO** |
| **R.C.** | **1058942053** | **JUAN FELIPE MUÑOZ JOYA** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: YULY PAOLA JOYA HOYOS
C.C. 1.061.707.343 de Popayán

***NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO***

**REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES**

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

| DEDUCCION | CONCEPTO | REQUISITOS |
|---|---|---|
| DEPENDIENTES | Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años. | Registro civil de nacimiento |
| | 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. | Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas |
| | Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | Certificado de Medicina Legal |
| | El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal |
| | Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal |

# REPÚBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.059.244.242**

**MUÑOZ JOYA**

APELLIDOS

**LUCIANA**

NOMBRES

Luciana Muñoz Joya

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO
**19-JUL-2011**

**POPAYAN**
**(CAUCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**19-JUL-2029** **O+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

**20-FEB-2019 POPAYAN**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1100150-01089466-F-1059244242-20190730 **00670**34864A 1 52879110

# REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1058942053

Indicativo Serial: 58484205

*58484205*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código F 2 H

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

COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN NOTARIA 2 POPAYAN

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MUÑOZ | JOYA |

Nombre(s): JUAN FELIPE

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2021 Mes ENE Día 29 | MASCULINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 165353013 |

**Datos de madre o padre** (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: JOYA HOYOS YULY PAOLA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 1061707343 | COLOMBIA |

**Datos de padre o madre** (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: MUÑOZ ORTEGA ANDRES FELIPE

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 4616146 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: MUÑOZ ORTEGA ANDRES FELIPE

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No. 4616146 | Andrés Muñoz |

**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 autorizo |
|---|---|
| Año 2021 Mes FEB Día 04 | MARIA DEL ROSARIO CUELLAR DE IBARRA<br>Nombre y firma |

Andrés Muñoz
Firma

MARIA DEL ROSARIO CUELLAR DE IBARRA
Nombre y firma

**ESPACIO PARA NOTAS**

OTRO:NO SE IMPRIME HUELLAS PLANTARES SEGUN CIRC. CONJ.#037 27/03/2020 REG. NACIONAL DEL ESTADO CIVIL;04/02/2021

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner

Notaría Segunda
del círculo de Popayán

**CERTIFICA**

Que esta fotocopia corresponde al folio de registro
Civil de: NACIMIENTO
que se lleva en esta Notaría.
Popayán 05 FEB 2021
Válido para TRAMITES LEGALES

MARIA DEL ROSARIO CUELLAR
NOTARIA SEGUNDA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Segunda del Círculo
María del Rosario Cuellar
POPAYÁN CAUCA

Escaneado con CamScanner