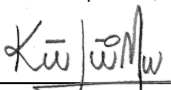


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		68
			Código Centro		930910
			Fecha Elaboración		19 de Julio de 2024
			Versión		MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso		99668-780175
REGIONAL SANTANDER					
CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos:			JULY LILIANA GUERRERO ESPINOSA		
Cédula de Ciudadanía			1.085.245.818		
Correo electrónico:			jlguerreroe@sena.edu.co		
IP/N° de contacto:			3217665944		
Inducción SST:			SI		
Régimen del IVA:			NO RESPONSABLE		
Banco a consignar:			BANCO BBVA		
Tipo de cuenta:			AHORROS		
Número de Cuenta:			568116743		
Presta Servicios Excluidos de IVA:					SI
Pertenece al régimen simple de tributación:					NO
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					
N° del contrato:		5904410/2024		N° Compromiso SIIF	17624
				Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET. PL 310D VR MES \$ 4.465.000,00			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del		01/07/2024		Al	31/07/2024
Número de pago		6		Saldo Anterior del Contrato:	\$ 25.599.333
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.000,00		Valor Total del Contrato:	\$ 46.138.333
				Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 21.134.333
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.000		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		\$ 4.465.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.625.000		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Julio		Junio	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		78078116	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.000		\$ 1.786.000	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL		\$ 9.400		\$ 9.400	
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		\$ 446.500			
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -	
Renta Exenta 25%		\$ 34.082.904		\$ 875.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.046.175			
Retención en la Fuente Contingente		\$			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.625.000,00	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 3.955.900,00	
				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 - 8523 - BUCARAMANGA. 28.482,00 0,720%	
				Otras Retenciones 0,00 0%	
				Otras Retenciones 0,00 0%	
				Otras Retenciones 0,00 0%	
				Otras Retenciones 0,00 0%	
				Sobretasa Bomberil 2.848,00 10,000%	
				0,00	
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
				VALOR A PAGAR \$4.433.670,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Dirigir formación en fichas asignadas					
Realizar videoconferencias con las fichas asignadas en TEAMS					
Calificar evidencias entregadas por los aprendices					
Responder mensajería interna					
Asesorar a los aprendices para su ingreso a Office 365, TEAMS y Zajuna					
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				<div></div> <div>JULY LILIANA GUERRERO ESPINOSA EL CONTRATISTA</div>	
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;				<div></div>	
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.				KAREN KATHERINE LAITON MARTINEZ PROFESIONAL G08	
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 WILSON BASTOS DELGADO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	28/06/2024	78078116	\$518.500	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	223.300	0		0		0	0	0	0	223.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	285.800	0	0	0	0	0	0		285.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.300	223.300
Pensión	1	285.800	285.800
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.500	518.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1085245818	JULY LILIANA GUERRERO ESPINOSA		Cra 36 # 5 oeste 85, Apto 307	7294987	julianawarrior@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			NARIÑO	PASTO	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-06	2024-06	I	28/06/2024	78078116	\$518.500
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1085245818	GUERRERO ESPINOSA JULY LILIANA	59	0		N																			230301	1.786.000	285.800	0	0	0	0	EPS037	1.786.000	223.300	14-23	1.786.000	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 12 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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	1081065555	Laura Belén Eraso Guerrero	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,

JULY LILIANA GUERRERO ESPINOSA
C.C. 1085245818

NO VALE COMO DOCUMENTO



21 DIC 2018

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



59426347

NUIP 1.081.065.555

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

59426347

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	L	S	W
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA - PASTO - COLOMBIA - NARIÑO - PASTO									

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido					
ERASO				SERRANO					
Nombre(s)									
LAURA BELEN									
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH	
Año	2	0	1	Mes	1	Día	7	FEMENINO	A POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)									
COLOMBIA NARIÑO PASTO									

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	149247952

Datos de la 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	
GUERRERO ESPINOSA JULIA LILIANA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.085.245.818	COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos	
ERASO ORTIZ WILLIAM JESUS	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 27.068.957	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
ERASO ORTIZ WILLIAM JESUS	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 27.068.957	

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 autoriza
Año 2018 Mes DICI Día 31	JAEQUIN URBANO GOMEZ - NOTARIO
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -