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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**23 de Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**86441-745089**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARTHA LUCIA MARIÑO FAJARDO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	51.893.539	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mlmarino@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	17448219364
IP/Nº de contacto:	3112281642	**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:	5884514/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**32824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de caracter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias técnicas asociados a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financieros del programa de Articulación con la educación media de acuerdo con lineamientos de la formación profesional integral, atendiendo las

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024**	**Al**	**31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 22.327.500
Número de pago	**6**			**Valor Total del Contrato:**	$ 44.059.600
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.500,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 17.862.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.500	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	**$ 4.465.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.625.450**	**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		----------	**1064962366**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.200	$ 1.786.200
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 I		$ 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		$ 446.550	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 875.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.355.175		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.450,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.400,00	
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 - 8299 - BOGOTÁ	38.219,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$4.427.281,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

OB.1 Planeo formación colegios/CSF AA fichas; 2913311 25 a, 2702914 30 a; 2702913 26 a; 2913378 25a

OB 4 Oriento seguim evalua etapa productiva fichas: 2913311 25 a, 2702914 30a; 2702913 26 a; 2913378 25a

OB 5. Acompaño proc formativo e inducción colegios fichas 2913311 25 a, 2702914 30 a; 2702913 26 a; 2913378 25ª

OB 6. Se realizo el proceso de evaluación de juicios en los colegios de las fichas2913311 25 a, 2702914 30 a; 2702913 26 a; 2913378 25

OB.8 Acomp proc formación fichas 2913311 25 a, 2702914 30 a; 2702913 26 a; 2913378 25a

OB 11 Certificados carpetas al mes de solicitud en drive correo coordinación Articulación CSF.

OB.17 Cotizante con afiliación vigente a seguridad social en Salud, Pensión, ARL y planilla de pago mes de junio/24, otras actividades por la coordinación de la Articulación CSF

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

MARTHA LUCIA MARIÑO FAJARDO
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,

HECTOR GONZALO ROMERO REY
INSTRUCTOR

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
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

23/07/24 22:57:52 USUARIO: SIC - C.C. 51893539

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-07-08, 03:06:12 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1064962366

Periodo Cotización: junio de 2024 **Periodo Servicio:** junio de 2024

PAGADO 08/07/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA LUCIA MARIÑO FAJARDO		
Documento	CC51893539	**Dirección**	CLL 61 NO.15 24 APTO 201
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3112281642
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51893539	MARTHA LUCIA MARIÑO FAJARDO	59	00										X							0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.786.200	$ 285.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.786.200	$ 223.300	0,522	$ 1.786.200	$ 9.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 518.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.786.200	$ 1.786.200	$ 1.786.200	$ 0	$ 285.800	$ 223.300	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 518.500	$ 0	$ 518.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 6 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:

TI	**1053444183**	**DANIEL FELIPE MUÑOZ MARIÑO**	**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,

MARTHA LUCIA MARIÑO FAJARDO
C.C. 51893539

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

Libia Paulina Gómez H.
NOTARIA
NOTARIA SEGUNDA DUITAMA (BOY.)

NUIP 1053444183

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43512204

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [2 a] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D Z X

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ	MARIÑO

Nombre(s)
DANIEL FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes JUN Día 27	MASCULINO	A	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
DOCUMENTO AUTENTICO	A 7967610

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
MARIÑO FAJARDO MARTHA LUCIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 51.893.539 BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
MUÑOZ PABLO ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 4.170.814 MONIQUIRA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MUÑOZ PABLO ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 4.170.814 MONIQUIRA	

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 2009 Mes JUN Día 02	LIBIA PAULINA GOMEZ HIGUERA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	LIBIA PAULINA GOMEZ HIGUERA Nombre y firma

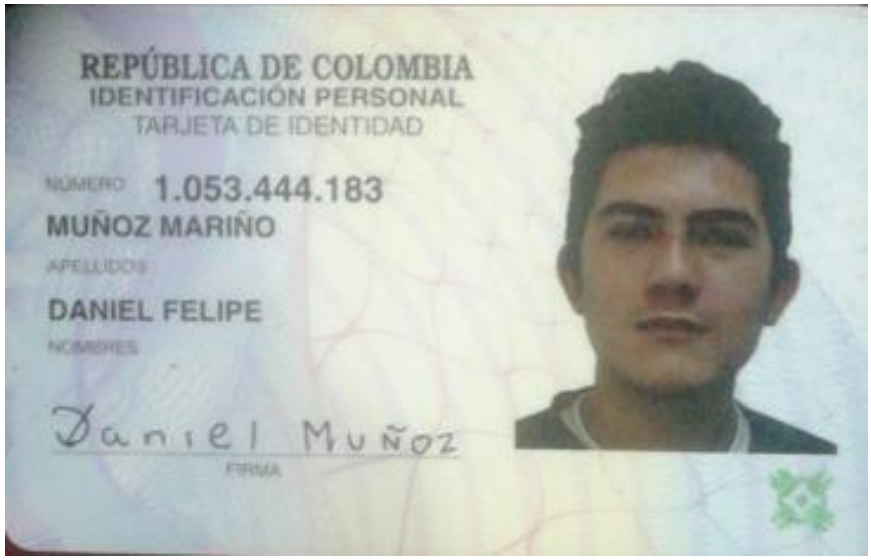
ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO VARIOS 43 FOLIO 189. ESTE REGISTRO REEMPLAZA EL SERIAL No. 40325722 DE JULIO 10 DE 2007. POR RECONOCIMIENTO DEL PADRE.

IMPRESO POR IMAGRAMAD S.A. NIT. 860.012.711-5 10263 10-2008

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.053.444.183
MUÑOZ MARIÑO
APELLIDOS
DANIEL FELIPE
NOMBRES

Daniel Muñoz
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 27-JUN-2007
DUITAMA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
27-JUN-2025 A+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
22-JUN-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL