

 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)		Código Regional	68
	REGIONAL SANTANDER		Código Centro	922410
	CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL-SANTANDER		Fecha Elaboración	8 de Agosto de 2024
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	MARZO 2024 - 2.24
			ID de Proceso	37525-726405
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: JUAN PABLO DOMINGUEZ ARIAS		Banco a consignar: BANCOCOLMBIA		
Cédula de Ciudadanía: 1.098.669.880		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: jdominguez@sena.edu.co		Número de Cuenta: 09015250507		
IP/Nº de contacto: 74518		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 SI		
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: 5900697/2024		Nº Compromiso SIIF 10324		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios profesionales de carácter temporal para orientar los programas de formación complementaria en el programa de atención a población desplazada y vulnerable programada en el Centro Industrial de Mantenimiento Integral y su área de influencia en la red de conocimiento mecánica industrial - área temática diseño mecánico, vigencia 2024		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/08/2024	Al 31/08/2024	Saldo Anterior del Contrato: \$ 19.499.547		
Número de pago 7		Valor Total del Contrato: \$ 45.102.005		
Valor Bruto Pago: \$ 4.465.545,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 15.034.002		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.465.545		Ninguno 0,00%		
Ingresos por comisiones \$ 0		Retención en la Fuente del Periodo \$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Menos, ReteFuente Otros Ingresos \$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.465.545		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 2.632.890				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS		Agosto	Julio	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.632.890,00
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.786.218		7932334695		Base retención en la fuente a título 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 IV \$ -		\$ 0		Menos Retención IVA 0,00 15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -				Reteica - 8530 - GIRON 26.793,00 0,600%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -				Otras Retenciones 0,00 0,00%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -				Otras Retenciones 0,00 0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -				Otras Retenciones 0,00 0,00%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ -				Otras Retenciones 0,00 0,00%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ -				Otras Retenciones 0,00 0,00%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ -				Otras Retenciones 0,00 0,00%
Dependientes hasta \$ 446.555				Otras Retenciones 0,00 0,00%
Salud hasta \$ 753.040				Otras Retenciones 0,00 0,00%
Renta Exenta 25% \$ 34.082.904		\$ 877.000		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 6.291.444				VALOR A PAGAR \$4.438.752,00
Retención en la Fuente Contingente \$				
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
curso complementario ficha: 3019959 - ELECTRICIDAD BASICA - Colegio Nieves Picón Cortes				
curso complementario ficha: 3007566 - ELECTRICIDAD BASICA - Colegio Gimnasio Monteverde				
curso complementario ficha: 3019951 - DISEÑO ASISTIDO POR COMPUTADOR - SOLIDWORKS BASICO - SENA				
curso complementario ficha: 3019960 - DISEÑO ASISTIDO POR COMPUTADOR - SOLIDWORKS BASICO - SENA BIOMEDICA				
lcurso complementario ficha: 3019952 - DISEÑO ASISTIDO POR COMPUTADOR - SOLIDWORKS NIVEL 2 - SENA				
Curso complementario ficha: 3019950 - DISEÑO Y DESARROLLO DE PRODUCTOS - COLEGIO GABRIEL GARCIA MARQUEZ				
PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL				
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				
			JUAN PABLO DOMINGUEZ ARIAS EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago.	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;			El Supervisor,	
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.				
			JOHANNA ALEXANDRA GOMEZ SANTOS INSTRUCTOR G18	
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 CLAUDIA MARCELA MURILLO SALGUERO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098669880	NÚMERO PLANILLA:	7932334695	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		JUAN PABLO DOMÍNGUEZ ARIAS		PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER	DÍAS DE MORA:	2024	MES	2024
DIRECCIÓN:	BLOQUE 20A 11-12 APTO 121 SEC 17 BUCARIC	TELÉFONO:	7700652	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	813352220
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE		2024/08/01		
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

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
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 285.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 285.800	\$ 0	\$ 285.800
SUBTOTALES:										\$ 285.800	\$ 0	\$ 285.800

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 223.300		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 223.300
SUBTOTALES:									\$ 223.300			\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 223.300

[illegible]

TOTAL	\$ 509.100
--------------	-------------------



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Girón, 8 de agosto del 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:

RC	1239090249	cristal dominguez chia	Hijo
----	------------	------------------------	------

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,

JUAN PABLO DOMINGUEZ ARIAS
C.C. 1098669880



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



NUIP 1239090249

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60606665

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de ☐	Código	B	7	U
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA B/MANGA CL MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A. *****

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DOMINGUEZ *****	CHIA *****

Nombre(s)
CRISTAL *****

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 2 0 Mes D I C Día 2 7	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA *****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****

163798865 *****

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

CHIA DELGADO MARY LUZ *****

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 1095795817 *****

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

DOMINGUEZ ARIAS JUAN PABLO *****

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 1098669880 *****

COLOMBIA *****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DOMINGUEZ ARIAS JUAN PABLO *****

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

CC No. 1098669880 *****

Juan Pablo Dominguez A

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 2 0 2 1 Mes E N E Día 0 8

IGNACIO ARTURO VEGA GUTIERREZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Juan Pablo Dominguez A

IGNACIO ARTURO VEGA GUTIERREZ

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: FOLIO 40; OTRO: SE OMITEN HUELLAS POR DECRETO SANITARIO CORONAVIRUS; 08/01/2021

Ignacio