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 FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940310**
Fecha Elaboración	**31 de Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**53106-012962**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CLAUDIA PATRICIA BELTRAN MARTINEZ	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	28.411.514	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	cpbeltranm@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24090178166
IP/Nº de contacto:	305767	**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**	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:	5863645/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**12724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN LAS ÁREAS TEMÁTICAS DE SALUD PÚBLICA, APOYO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024 Al 31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.083.735
Número de pago	**6**	**Valor Total del Contrato:**	$ 37.357.857
Valor Bruto Pago:	**$ 3.469.770,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.613.965

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.469.770	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	**$ 3.469.770**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.020.293**	**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		----------	**9468388308**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.387.908	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 173.500	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 222.100	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 33.900	$ 31.700
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		$ 346.977	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 673.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.545.091		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.020.293,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.074.170,00	
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	29.696,00	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	**$3.440.074,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA MIL SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atender la formación de los aprendices, cumpliendo con la programación académica predeterminada por la coordinación.

Orientar y apoyar a los Aprendices en el desarrollo de los proyectos formativos en las respectivas etapas de Formación.

Orientar, apoyar, acompañar y asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación

Evaluar conocimiento en los aprendices

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

CLAUDIA PATRICIA BELTRAN MARTINEZ
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,

EDINSON ELJADUE CASTILLA
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
CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

26/07/24 19:59:41 USUARIO: SIC - C.C. 28411514

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 28411514		BELTRAN MARTINEZ CLAUDIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra14#9sur-3	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	690224867	9468388308	I	2024/06/06	2024/06/07	BANCO CAJA SOCIAL	1	$458,600

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)					$1,480,435	$236,900			$1,480,435	$185,100			$0	$0			$1,480,435	$36,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,480,435	$236,900			$1,480,435	$185,100			$0	$0			$1,480,435	$36,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,480,435	$236,900			$1,480,435	$185,100			$0	$0			$1,480,435	$36,100		$0	$0
1	CC	28411514	BELTRAN CLAUDIA	231001	30	$1,480,435	$236,900	EPS002	30	$1,480,435	$185,100		0	$0	$0	14-23	30	$1,480,435	$36,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,480,435	$236,900			$1,480,435	$185,100			$0	$0			$1,480,435	$36,100		$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 28411514		BELTRAN MARTINEZ CLAUDIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra14#9sur-3	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	690224867	9468388308	I	2024/06/06	2024/06/07	BANCO CAJA SOCIAL	1	$458,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$200	$0	$237,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$236,900	$200	$0	$237,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,100	$100	$0	$36,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$36,100	$100	$0	$36,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,100	$200	$0	$185,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$185,100	$200	$0	$185,300
TOTAL				**1**	**$458,100**	**$500**	**$0**	**$458,600**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de julio de 2024

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
BOGOTA (Distrito capital)

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1.139.426.457**	**Valery Sofía Motta Beltrán**	**HIJO**

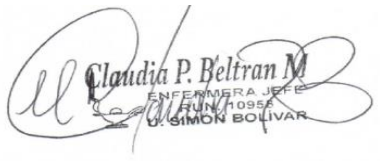
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

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,



_____
FIRMA

Nombre: **CLAUDIA PATRICIA BELTRAN MARTINEZ**

C.C. **28.411.514** de Simacota. Santander

...MBIA

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

NUIP 1139426457

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39576101

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D Q Q

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

REGISTRADURIA DE REG.AUX 4 COR IPS SALUDCOOP COLOMBIA ATLANTICO BARR

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MOTTA	BELTRAN

Nombre(s): VALERY SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 0 8 Mes 0 1 0 Día 2 1	FEMENINO	O	+

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

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	7668010

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BELTRAN MARTINEZ CLAUDIA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1026411514	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MOTTA URUETA FILEMON DE JESUS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1026761088	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MOTTA URUETA FILEMON DE JESUS

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1026761088

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

Año 2 0 0 8 Mes 0 1 0 Día 2 8

Nombre y firma del funcionario que autoriza

VANESSA YARIENTA ECHEVERRIA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y cédula del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -