

<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) REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11				
			Código Centro		940410				
			Fecha Elaboración		15 de Agosto de 2024				
			Versión		MARZO 2024 - 2,24				
			ID de Proceso		41673-863414				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		CINDY CAROLINA PEREZ FLOREZ		Banco a consignar:		SCOTIABANK COLPATRIA			
Cédula de Ciudadanía		1.013.600.129		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		cperezf@sena.edu.co		Número de Cuenta:		1007509827			
IP/N° de contacto:		16003		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:						Honorarios profesionales a persona declarante de renta			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						0,00%			
DATOS DEL CONTRATO									
N° del contrato:		5854937/2024		N° Compromiso SIIF	12424	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para apoyar en la orientación de la formación profesional integral presencial y/o virtual, para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, así como otras acciones que se deriven de los procesos formativos, para atender la formación Tecnológica, Laboral y Complementaria,							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/08/2024		Al		31/08/2024			
Número de pago		7		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 20.392.656			
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 47.185.926			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 15.927.111			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		Honorarios profesionales a persona declarante de re		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		\$ 2.625.490		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Agosto		Julio		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.625.490,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		71695441		Base retención en la fuente a titulo de ICA		3.956.445,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 9.400		\$ 9.400		Reteica - 8299 - BOGOTÁ		38.219,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
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		\$ -						0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -						0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -						0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -						0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 446.555						0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -				0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 34.082.904		\$ 875.000				0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 5.250.123						0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$4.427.326,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
EL CONTRATISTA apoyará el desarrollo de la formación profesional integral con calidad, oportunidad y eficiencia en los programas									
Apoyar la preparación, desarrollo y evaluación de los procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta									
Gestionar oportunamente en el sistema Sofía Plus, todas las actividades relacionadas con el proceso de Formación Profesional Integral									
Verificar el correcto registro de datos de los aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS e informar las novedades por escrito									
Informar a la coordinación de Administración Educativa mediante correo electrónico las novedades que se generen de la verificación									
Gestionar registro fotográfico e información básica de todos los aprendices de las fichas asignadas a la Coordinación de Administraci									
Dar cumplimiento al instructivo de política de protección de datos personales según Acuerdo 009 de 2016 del SENA, con base en la Ley									
Asistir y participar en las reuniones programadas por las coordinaciones, comités de evaluación y seguimiento de los aprendices									
Apoyar la participación en la programación y ejecución del proceso de inducción de los aprendices y el reconocimiento de aprendizajes									
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:									
1. Cumpli 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									
CINDY CAROLINA PEREZ FLOREZ 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 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.									
Autorizo el presente pago. El Supervisor,									
JULIAN ANDRES COLORADO CALDERON INSTRUCTOR G12									
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 TATIANA LENKE MATALLANA ROA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)									



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-07-01, 06:28:05 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2024
Empresa	CAROLINA PEREZ FLOREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1013600129
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	71695441
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	742894814
Banco	(1019) - SCOTIABANK COLPATRIA
Valor	\$ 529.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 286.000	\$ 0
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	\$ 223.400	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 9.400	\$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	\$ 10.800	\$ 0
SubTotales:				\$ 529.600	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 529.600





FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 15 de agosto 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:

NUIP - NIP	1025079104	ANDRÉS DAVID MARÍN PÉREZ	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,

Carolina Pérez

Cindy Carolina Pérez Flórez

C.C. 1013600129



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

57566406

NUIP 1025079104

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 9 ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código 1 0 0 9
País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía						
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.						

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
MARIN		PEREZ	
Nombre(s)			
ANDRES DAVID			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2 0 1 8 Mes A B R Día 0 3		MASCULINO	O
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)		Factor RH	
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.		POSITIVO	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	14642518 - 0

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	
PEREZ FLOREZ CINDY CAROLINA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cedula de Ciudadanía 1.013.600.129	COLOMBIANA

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	
MARIN MELO ANDRES	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cedula de Ciudadanía 1.077.142.444	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
MARIN MELO ANDRES	
Documento de identificación (Clase y número)	
Cedula de Ciudadanía 1.077.142.444	

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que actúa como
Año 2 0 1 8 Mes A B R Día 0 4	CLAUDIA LUCIA ROSAS BERNAL
	NOTARIA 9 - BOGOTÁ D.C. - ENCARGADA
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS	

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

COMO NOTARIA ENCARGADA DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C. CERTIFICO QUE ESTE REGISTRO ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE A PETICION DEL INTERESADO PARA **ACREDITAR PARENTESCO.**

(Articulo 115 Decreto 1260/70)

BOGOTA

ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE

06 ABR 2018


CLAUDIA LUCIA ROJAS BERNAL
NOTARIA NOVENA DE BOGOTA-ENCARGADA

CLAUDIA LUCIA ROJAS BERNAL
NOTARIA (E) BOGOTA
REPUBLICA DE COLOMBIA