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 BOYACÁ

CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO Y MANUFACTURA-BOYACÁ

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**951410**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**88321-642567**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LISETH ANDREA LOPEZ ALARCON	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	46.375.903	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	liandrelo@gmail.com	**Número de Cuenta:**	24090574074
IP/Nº de contacto:	3185402442	**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**	NO

¿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:	5843445/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**9224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales para planear, orientar y evaluar actividades de Formación Profesional Integral que imparte el Centro Industrial de Mantenimiento y Manufactura en la red de conocimiento INSTITUCIONAL DE LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS, área temática de IDIOMAS en el programa de Bilinguismo de conformidad con los Lineamientos institucionales y la normatividad vigente.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2024**	**Al**	**31/08/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 18.988.410
Número de pago	**7**			**Valor Total del Contrato:**	$ 44.544.240
Valor Bruto Pago:			**$ 4.283.100,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 14.705.310

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.283.100	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	**$ 4.283.100**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.518.390**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4559842749**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.713.240	$ 1.713.240
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 214.200	$ 214.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 274.200	$ 274.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.000	$ 9.000
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		$ 428.310	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 839.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.006.374		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.518.390,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.283.100,00	
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	0,00	1,000%
-	0,00	1,000%
-	0,00	1,000%
-	0,00	1,000%
-	0,00	1,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.283.100,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CIEN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades desarrollas del: 01/08/2024 a 31/08/2024 según objeto de contrato de prestación de servicios
cuyas solicitudes son:SL-3324, SL-3328, SL-3329, SL-3330.
Total horas de actividades académicas:160
Total horas actividades adicionales:0
Total horas mes:160
Todas las actividades están registradas en el sistema ESIGA en el periodo correspondiente.

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

LISETH ANDREA LOPEZ ALARCON
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,

FREDY ALEXANDER ASCENCIO CAMACHO
INSTRUCTOR G15

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
CONSUELO ALEXANDRA BARRERA CORONADO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

20/08/24 10:20:38 USUARIO: SIC - C.C. 46375903

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46375903
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LISETH ANDREA LOPEZ ALARCON
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 22 A N 3A-07	TELÉFONO:	7707702
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4559842749**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/08/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999579126

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 275.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 275.100**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 214.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 214.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 497.400**
VALOR MORA:	**$ 1.700**
TOTAL PAGADO:	**$ 499.100**

Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, 20 de agosto de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Sogamoso

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:

T.I.	**1054286921**	**Samuel Felipe Bermúdez López**	**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: _Liseth Andrea López Alarcón_
C.C. _46375903_____

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1054286921

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41730844

41730844

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Numero	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	03				E 2 N

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO NOTARIA TERCERA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BERMUDEZ	LOPEZ

Nombre(s)

SAMUEL FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes ABR Día 08	MASCULINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFIDADO MEDICO DE NACIDO VIVO.	31637551-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LOPEZ ALARCON LISETH ANDREA.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 46.375.903 DE SOGAMOSO.	COLOMBIANA.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ MARTINEZ WILSON.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. .no. 7.171.327 DE TUNJA .	COLOMBIANO.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ MARTINEZ WILSON.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C. .no. 7.171.327 DE TUNJA.	Wilson Bermudez Martinez

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)

REPUBLICA DE COLOMBIA
MARLEN BELTRAN MEDINA
NOTARIA ENCARGADA
NOTARIA TERCERA SOGAMOSO

EL NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE SOGAMOSO
CERTIFICA QUE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO
CORRESPONDE EXACTAMENTE AL DEL ORIGINAL
QUE SE ENCUENTRA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA
10 OCT 2013
EL NOTARIO

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009 Mes ABR Día 17	GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Wilson Bermudez Martinez. Firma	GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y Firma

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA TERCERA SOGAMOSO NOTARIO

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Escaneado con CamScanner