

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS PERSONALES Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)								
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL							Código Regional	11
	CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.							Código Centro	920910
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1							Fecha Elaboración	Agosto de 2024
								Versión	MARZO 2024 - 2,24
								ID de Proceso	93765-862172
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:	CESAR RENE RIVERA CHAVARRO				Banco a consignar:	BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía	80.354.918				Tipo de cuenta:	AHORROS			
Correo electrónico:	crrivera@sena.edu.co				Número de Cuenta:	20597004673			
IP/Nº de contacto:	14758				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	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:	5834856/2024			Nº Compromiso SIIF	6924		Número de pagos durante la vigencia del contrato	8	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÃ"N DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÃ"NOMA								
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del	01/08/2024		Aí	31/08/2024		Saldo Anterior del Contrato:	\$ 6.450.000		
Número de pago	7					Valor Total del Contrato:	\$ 32.250.000		
Valor Bruto Pago:			\$ 4.300.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 2.150.000		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios				\$ 4.300.000		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				\$ 4.300.000		Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE				\$ 2.527.800		TOTAL REFEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
				Agosto	Julio	Base retención en la fuente a título de RENTA		2.527.800,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS				-----	9471041978	Base retención en la fuente a título de ICA		3.809.800,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC				\$ 1.720.000	\$ 1.720.000	Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud				\$ 215.000	\$ 215.000	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión				\$ 275.200	\$ 275.200	Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional				\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL I				\$ 9.000	\$ 9.000	Reteica - 8299 - BOGOTÁ		36.803,00	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				\$ -	-	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias				\$ -	-	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda				\$ -	-	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Dependientes hasta				\$ 430.000	-	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta				\$ 753.040	\$ -	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%				\$24.787.566	\$ 843.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.				\$ 5.057.700	-	Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
Retención en la Fuente Contingente				\$	-	VALOR A PAGAR		\$4.263.197,00	
SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de Proyectos de Desarrollo						Proyección de las necesidades Ficha 2923223			
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de Proyectos de Desarrollo						Proyección de las necesidades Ficha 2923223			
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de Proyectos de Desarrollo						Proyección de las necesidades Ficha 2971701			
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de Proyectos de Desarrollo						Proyección de las necesidades Ficha 2971701			
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de la Propiedad Horizontal						Procesar la información I Ficha 2996353			
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de la Propiedad Horizontal						Procesar la información II Ficha 2955261			
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de Proyectos de Desarrollo						Proyección de las necesidades Ficha 2996351			
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de Proyectos de Desarrollo						Proyección de las necesidades Ficha 2996351			
Impartir Formación Titulada y Técnico en asistencia para la inteligencia empresarial						Apoyar actividades de planeación Ficha 3035986			
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									
						CESAR RENE RIVERA CHAVARRO 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. El Supervisor,			
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.									
						ALBA LUCIA OLMOS TRUJILLO 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 WILLIAM DARÍO RIAÑO BARÓN SUBDIRECTOR DE CENTRO G02									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80354918		RIVERA CHAVARRO CESAR RENE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 25B bis#100-76 torre11 apto.302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-07	2024-07	824392762	9471041978	I	2024/08/06	2024/08/05	BANCOLOMBIA	\$812,700

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)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$14,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$14,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$14,700		\$0	\$0
1	CC 80354918	RIVERA CESAR	25-14	30	\$2,800,000	\$448,000	EPS005	30	\$2,800,000	\$350,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,800,000	\$14,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,800,000	\$448,000			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$14,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80354918		RIVERA CHAVARRO CESAR RENE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 258 bis#100-76 torre11 apto. 302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-07	2024-07	824392762	9471041978	I	2024/08/06	2024/08/05	BANCOLOMBIA	\$812,700

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$448,000	\$0	\$0	\$448,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$448,000	\$0	\$0	\$448,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,700	\$0	\$0	\$14,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$14,700	\$0	\$0	\$14,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$350,000	\$0	\$0	\$350,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$350,000	\$0	\$0	\$350,000
TOTAL				1	\$812,700	\$0	\$0	\$812,700

Comprobante

de pago en línea



APORTES EN LINEA

Pago realizado por: CESAR RENE RIVERA CHAVARRO

Nro. de recibo: 9471041978

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9471041978

Identificación del contribuyente: 186.86.32.236

Concepto: CC

Razón Social: 80354918

Fecha y hora de la transacción: Lunes 5 de Agosto de 2024 11:09:49 AM

Nro. de comprobante: 0000001244

Valor pagado: \$ 812,700.00

Producto: *****4673

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	186.86.32.236
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9471041978
Valor:	812,700
Período de pago:	2024-07
No Transacción (CUS):	824392762
Fecha:	2024/08/05
Banco:	BANCOLOMBIA
Aportes en línea:	9999001472382

[Aceptar](#)[Imprimir](#)[¿Quiénes somos?](#)[Servicios que ofrecemos](#)[¿Cómo liquido mis aportes?](#)[¿Por qué elegirnos?](#)[Preguntas frecuentes](#)[Contáctenos](#)[Documentos y normas](#)[Línea Ética](#)

Copyright © 2024 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 12 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 (1) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.		1025064593	SAMUEL ISAAC RIVERA AGUILAR	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: César René Rivera Chavarro
C.C. 80.354.918



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 12 de agosto del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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	1025064593	SAMUEL ISAAC RIVERA AGUILAR	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,

CESAR RENE RIVERA CHAVARRO
C.C. 80354918



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

NUIP 1025064593

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

43697123

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☒ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1009

País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido **RIVERA** Segundo Apellido **AGUILAR**
Nombre(s) **SAMUEL ISAAC**

Fecha de nacimiento Año **2009** Mes **JUL** Día **05** Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo sanguíneo **"A"** Factor RH **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

51893618-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos **AGUILAR QUIJANO JANNETH**

Documento de identificación (Clase y número) **Cédula de ciudadanía 21,016,864** Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos **RIVERA CHAVARRO CESAR RENE**

Documento de identificación (Clase y número) **Cédula de ciudadanía 80,364,918** Nacionalidad **COLOMBIANO**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **RIVERA CHAVARRO CESAR RENE**

Documento de identificación (Clase y número) **Cédula de ciudadanía 80,364,918**

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 **2009** Mes **AGO** Día **05** Nombre y firma del funcionario que autoriza **GUILLERMO AUGUSTO ARCINIEGAS MARTINEZ**
NOTARIO 9 - BOGOTÁ

Nombre y firma

Reconocimiento potestativo **GUILLERMO AUGUSTO ARCINIEGAS MARTINEZ**
NOTARIO 9 - BOGOTÁ

Firma

Nombre y firma

Nombre y firma

Reconocimiento inscrito L.V. 85 F. 123 DE VÍA DE TOMA HUELLA INDICE DERECHO DEL

PADRE DIR. CL. 238 BIS No. 100-70 IN 11 A Tel. 4228525 - 1a COPIA EXENTA DE PAGO

COMO NOTARIO NOVENO DEL CIRCULO DE BOGOTÁ 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**.

(Artículo 115 Decreto 1260/70)

BOGOTÁ

ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE

República de Colombia
NOTARIO 9 BOGOTÁ
GUILLERMO AUGUSTO ARCINIEGAS MARTINEZ

05 AGO 2009