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	**65820-597522**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DERLY LISSETH BARRERA PEREZ	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	1.057.582.704	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dlbarrera@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0841340516
IP/Nº de contacto:	3103452076	**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	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:	5884119/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**17124**	**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 CONSTRUCCIÓN, área temática de ARQUITECTURA Y DECORACIÓN en el programa Articulación con la Educación Media de conformidad con los Lineamientos institucionales y la

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2024**	**Al**	**31/08/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 17.846.250
Número de pago	**7**			**Valor Total del Contrato:**	$ 42.831.000
Valor Bruto Pago:			**$ 4.283.100,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 13.563.150

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.283.100	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	2,13%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 107.275
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.283.100		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.566.200**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.035.780**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 107.275**

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9470089217**
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		$ 274.200	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 214.200	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 9.000	
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		$ 856.620	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.679.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.022.456		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.035.780,00	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	107.275,00	2,13%
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	**$4.175.825,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO SETENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DEL 01 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO DEL 2024 según objeto del contrato de prestación de servicios.

Código de Fichas: 2693890 - 2693889 - 2693902 - 2902530 - 2902198

TOTAL HORAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS:160

TOTAL HORAS ACTIVIDADES ADICIONALES:0

TOTAL HORAS MES:160

Todas las actividades están registradas en sistema SOFIA PLUS en le mes 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

DERLY LISSETH BARRERA PEREZ
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,

GUSTAVO ADOLFO DIAZ CAMARGO
INSTRUCTOR G14

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)

15/08/24 14:48:24 USUARIO: SIC - C.C. 1057582704

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 1057582704		BARRERA PEREZ DERLY LISSETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 11 # 2a-45	SOGAMOSO-BOYACA	7713316	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	825359897	9470089217	I	2024/08/02	2024/08/05	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	3	$498,700

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)					$1,713,240	$274,200			$1,713,240	$214,200			$0	$0			$1,713,240	$9,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,713,240	$274,200			$1,713,240	$214,200			$0	$0			$1,713,240	$9,000		$0	$0
Ciudad: SOGAMOSO Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,713,240	$274,200			$1,713,240	$214,200			$0	$0			$1,713,240	$9,000		$0	$0
1	CC	1057582704 BARRERA DERLY	231001	30	$1,713,240	$274,200	EPS008	30	$1,713,240	$214,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,713,240	$9,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,713,240	$274,200			$1,713,240	$214,200			$0	$0			$1,713,240	$9,000		$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 1057582704		BARRERA PEREZ DERLY LISSETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 11 # 2a-45	SOGAMOSO-BOYACA	7713316	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	825359897	9470089217	I	2024/08/02	2024/08/05	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	3	$498,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$274,200	$700	$0	$274,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$274,200	$700	$0	$274,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,000	$100	$0	$9,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,000	$100	$0	$9,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$214,200	$500	$0	$214,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$214,200	$500	$0	$214,700
TOTAL				1	$497,400	$1,300	$0	$498,700

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

TUNJA, 6 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
TUNJA

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	1057612925	MATEO RAMOS BARRERA	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,

_____
DERLY LISSETH BARRERA PEREZ
C.C. 1057582704

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.057.612.925

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152612778

- 52817778 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E X M

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

REGISTRADURIA DE SOGAMOSO - COLOMBIA - BOYACA - SOGAMOSO.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMOS.....	BARRERA.....

Nombre(s)

MATEO.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes DIC Día 02	MASCULINO.....	O.....	POSITIVO.

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	15414548-4.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BARRERA PEREZ DERLY LISSETH.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.057.582.704.....	COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMOS ZABALETA JOSE FRANCISCO.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.065.580.374.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BARRERA PEREZ DERLY LISSETH.....

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.057.582.704.....	D. Derly Barrera

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 2019 Mes DIC Día 16	CARLOS ARIEL PEREZ DIAZ - REGISTR Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

16-DIC-2019 - LIBRO DE VARIOS - 30 FOLIO 197.

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO

El suscrito Registrador Municipal del Estado Civil de Sogamoso Boyaca

CERTIFICA.

Que el presente documento es fiel fotocopia de su original que reposa en el archivo de esta de

Solicitado por: Barrera Derly

Documento de Identidad: 1057582704

Fecha: 16 DIC. 2019

CARLOS ARIEL PÉREZ DÍAZ
Registrador de Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil 26399398-4

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

OFIXPRES S.A.S. NIT 900.238.573-1

Escaneado con CamScanner