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 CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

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

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**97552-498891**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ROSA YERLEY RENGIFO MOSQUERA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	35.894.099	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ryrengifo@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	53673447496
IP/Nº de contacto:	3128144751	**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:	5887109/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**5024**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACIÓN INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE NOVENTA Y CINCO (95) INSTRUCTORES PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL TITULADA, PROGRAMADA POR EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DEL C

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2024** **Al** **30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 14.906.667
Número de pago	**8**	**Valor Total del Contrato:**	$ 43.716.667
Valor Bruto Pago:	**$ 4.300.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.606.667

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.300.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	2,20%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 111.231
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.300.000		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.600.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.056.600**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 111.231**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4566048292**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.720.000	$ 1.720.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 215.000	$ 215.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 275.200	$ 275.200
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		$ 275.200	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 215.000	
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		$ 860.000	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.685.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.358.175		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.056.600,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.809.800,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	111.231,00	2,20%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551 - QUIBDO	7.620,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	64.500,00	1,500%
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	**$4.116.649,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO DIECISEIS MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Para el periodo comprendido entre el 1 y 30 de septiembre. se reportaron 160 horas de Apoyo a la Formación del programa trasversal M.A
Se realizan evaluaciones para el proceso de enseñanza aprendizaje según la estructura curricular, talleres y exposiciones
emisión de juicios a los aprendices de algunos técnicos donde se culminaron algunas formaciones en el área de transversal de medio amb
Se llevo el registro de todas las actividades desarrolladas como talleres evaluaciones realizadas durante el proceso de formación
Se realiza planeación, programación y guías de aprendizaje
Se elaboraron las guías, talleres y actividades para las fichas asignadas según la programación académica la cual Se debe desarrollar
Presentación de informe del mes de septiembre del 2024

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

ROSA YERLEY RENGIFO MOSQUERA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

Firmado digitalmente por Candida Asprilla Jarmilla
Fecha: 2024.09.13 13:46:04 -05'00'

CANDIDA ASPRILLA JARAMILLO
INSTRUCTOR G20

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

JHON DERLYNG CARDONA DELGADO

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35894099
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ROSA YERLEY RENGIFO MOSQUERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	BARRIO CARAÑO	TELÉFONO:	6733386
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación técnica profesional.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4566048292**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/09/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999941924	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 275.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 275.200	$ 0	$ 275.200
SUBTOTALES:										**$ 275.200**	**$ 0**	**$ 275.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 215.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 215.000	$ 0	$ 0	$ 215.000
SUBTOTALES:													**$ 215.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 215.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 9.000	$ 9.000	$ 0	$ 0	$ 9.000
SUBTOTALES:									**$ 9.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 9.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 35894099	RENGIFO MOSQUERA ROSA YERLEY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.720.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.720.000	$ 275.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 275.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.720.000	$ 215.000	$ 0	$ 215.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.720.000	35894099	$ 9.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 499.200**

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

QUIBDO, 10 de septiembre del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
QUIBDO

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	**1078462325**	**JHOEL SANTIAGO IBARGUEN RENGIFO**	**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,

ROSA YERLEY RENGIFO MOSQUERA
C.C. 35894099

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1078462325

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44014585

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 0 2 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código K9H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
IBARGUEN	RENGIFO

Nombre(s)
JHOELSANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes ABR Día 13	Masculino	O	+

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIMIENTO	10575758-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
RENGIFO MOSQUERA ROSA YERLEY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 35894099 De QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
IBARGUEN CUESTA JESUS ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 11810377 De QUIBDO	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
IBARGUEN CUESTA JESUS ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C # 11810377 DE QUIBDO	Jesus A. Ibarguen

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
# XXXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXXXXXXXX	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
# XXXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXXXXXXXXX	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2011 Mes ABR Día 25	ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Jesus Antonio Ibarguen Cuesta Firma	ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

22 JUN 2022

NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE QUIBDO - ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO

NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE QUIBDO - ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR BANAMAZUL S.A. NIT 860.013.711-5 10393 10-2020

Powered by CamScanner