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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	920910
Fecha Elaboración	Setiembre de 2024
Versión	MARZO 2024 - 2,24
ID de Proceso	18451-354001

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NATALIA BULLA JARAMILLO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.110.512.830	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	nbulla0@misena.edu.co	Número de Cuenta:	06846195317
IP/Nº de contacto:	3184152941	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	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:	Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5832919/2024	Nº Compromiso SIIF	8224	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTACION DE SERVICOS: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS, CLAVES Y TRANSVERSALES A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS E

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/09/2024	Al	30/09/2024	Saldo Anterior del Contrato:	$ 14.763.333
Número de pago	8			Valor Total del Contrato:	$ 44.863.333
Valor Bruto Pago:		$ 4.300.000,00		Nuevo Saldo del Contrato:	$ 10.463.333

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.300.000	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	$ 4.300.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.527.800	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	9472604313
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		$ -	
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		$ 430.000	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 843.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.008.200		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.527.800,00	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	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	36.803,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
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	$4.263.197,00	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

DIVULGACIÓN DE LA OFERTA EN BILLINGUISMO DEL CTCM

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



NATALIA BULLA JARAMILLO
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,

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 DARIO RIAÑO BARON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

15/09/24 18:29:43 USUARIO: SIC - C.C. 1110512830

Gmail

Natalia Bulla <n.bulla@juanchoconat.com>

Resultado de una transacción - Multipagos PSE

1 mensaje

soportepse@todo1.com <soportepse@todo1.com> 3 de septiembre de 2024, 10:54
Para: n.bulla@juanchoconat.com



Notificación
de pago en línea

Has recibido una notificación correspondiente a una transacción realizada a través de pagos PSE de Bancolombia.

Pago realizado por: NATALIA BULLA JARAMILLO

Tienda virtual o recaudador: APORTES EN LINEA

Nro. de recibo: 9472604313

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9472604313

Identificación del contribuyente: 190.157.233.3

Concepto: CC

Razón Social: 1110512830

Fecha y hora de la transacción: Martes 3 de Septiembre de 2024 10:53:42 AM

Nro. de comprobante: 0000021733

Valor pagado: $ 1,079,700.00

Producto: *******5317

Bancolombia S.A.

Ésta es una notificación automática, por favor no responda este mensaje

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

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 1110512830		BULLA JARAMILLO NATALIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	bosques del vergel casa 46	IBAGUE-TOLIMA	2176487	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	887757001	9472604313	I	2024/09/09	2024/09/03	BANCOLOMBIA	0	$1,079,700

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
1	CC	1110512830	BULLA JARAMILLO NATALIA	230201	30	$3,720,000	$595,200	EPS005	30	$3,720,000	$465,000		0	$0	$0	14-23	30	$3,720,000	$19,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$3,720,000	$595,200			$3,720,000	$465,000			$0	$0			$3,720,000	$19,500		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$595,200	$0	$0	$595,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$595,200	$0	$0	$595,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,500	$0	$0	$19,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,500	$0	$0	$19,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$465,000	$0	$0	$465,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$465,000	$0	$0	$465,000
TOTAL				**1**	**$1,079,700**	**$0**	**$0**	**$1,079,700**

2024/09/03 11:28 AM

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 12 de septiembre 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

Documento de Identidad	Número	Nombre	Parentesco
R.C	1104956327	Juan Guillermo Arbelaez Bulla	Hijo

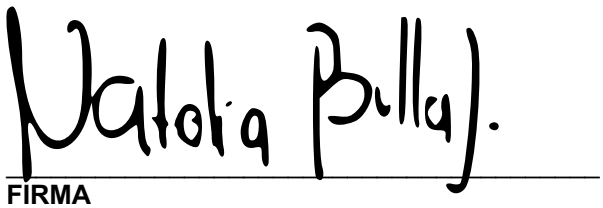
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Natalia Bulla Jaramillo
C.C. 1.110.512.830

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1104956327

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57494723

57494723

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [2] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T2 B

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARBELAEZ	BULLA

Nombre(s)

JUAN GUILLERMO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes OCT Día 20	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14344420-4

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

BULLA JARAMILLO NATALIA - - - - - - - - - - - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1110512830 de IBAGUE TOLIMA	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

ARBELAEZ OSORIO JUAN MANUEL - - - - - - - - - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1110523536 de IBAGUE TOLIMA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARBELAEZ OSORIO JUAN MANUEL - - - - - - - - - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1110523536 de IBAGUE TOLIMA - - - - - - - -	X

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 2017 Mes OCT Día 24	CESAR-AUGUSTO-ALVARADO GAITAN-
	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 -

NOTARIA SEGUNDA DE IBAGUE