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 QUINDÍO

CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO

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

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**90827-876330**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SUSAN CRISTINA RAMIREZ ARIAS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	66.683.829	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	sramireza@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	37456005153
IP/Nº de contacto:	62851	**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:	6138657/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**33924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LO MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL SENA Y LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN OFERTADOS POR EL CENTRO RAD 63-9-2024-003584

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2024**	**Al**	**31/08/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.797.250
Número de pago	**5**			**Valor Total del Contrato:**	$ 37.510.578
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.331.705

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	2,82%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 148.163
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.465.545		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.931.090**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.250.981**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 148.163**

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**30392807**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 9.400
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 285.800	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 223.300	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 9.400	
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		$ 893.109	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 27.886.012	$ 1.750.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.915.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.250.981,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	148.163,00	2,82%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	669.832,00	
VALOR A PAGAR	**$3.647.550,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales, para las áreas relacionadas

Se acogen las recomendaciones y disposiciones éticas

Se ejecutaron las acciones de formación profesional de acuerdo a la programación asignada por la Coordinación para el III trimestre

Se ejecutaron las acciones de formación profesional de acuerdo a la programación asignada por la Coordinación para el III trimestre

Se realizó verificación de aprendices activos en los listados, se hacen registros de inasistencias.

Promover y hacer seguimiento del cumplimiento del reglamento del aprendiz

Se acatan los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo

Apoyar la publicación de oferta académica en redes sociales y perfiles.

las demas actividades se veran reflejadas en el informe mensual contractual

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

SUSAN CRISTINA RAMIREZ ARIAS
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,

ANDREA CAROLINA VALBUENA LEZCANO
PROFESIONAL G13

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
CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Comprobante

de pago en línea

ASOPAGOS

Pago realizado por: SUSAN CRISTINA RAMIREZ ARIAS

Nro. de recibo: 30392807

Descripción del pago: Pago de seguridad Social Integrado

Identificación del contribuyente: 10.10.11.80

Concepto: CC

Razón Social: 66683829

Fecha y hora de la transacción: Domingo 8 de Septiembre de 2024 10:51:33 AM

Nro. de comprobante: 0000011154

Valor pagado: $ 531,700.00

Producto: *******5153

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 correosospechoso@bancolombia.com

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SUSAN CRISTINA RAMIREZ ARIAS
IDENTIFICACIÓN:	CC-66683829
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-09-08
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-09-09
FECHA DE PAGO:	2024-09-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-07
PERÍODO SALUD:	2024-07
NÚMERO PLANILLA:	30392807
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30392807
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 1.790.000	$ 0	$ 0	$ 5.200	$ 223.800	$ 229.000
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.790.000	$ 0	$ 0	$ 6.600	$ 286.400	$ 293.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.790.000	$ 0	$ 0	$ 300	$ 9.400	$ 9.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 12.100	$ 519.600	$ 531.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/09/2024

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 11 de septiembre 2024

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2024-003109
11/09/2024 10:50:58 a. m.
Destinatario: 639538

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(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**1007581172**	**ANGIE SOFIA RAMÍREZ ARIAS**	**HIJO**

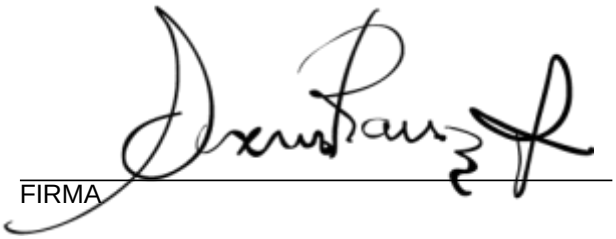
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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: SUSAN CRISTINA RAMIREZ ARIAS

C.C. 66683829

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: W5ED251076

Indicativo Serial: 31556523

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código W 5 E

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

24400 COLOMBIA - 31 VALLE DEL CAUCA - 124 ZARZAL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	ARIAS

Nombre(s): ANGIE SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2001 Mes JUL Día 06	FEMENINO	O	+

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

24400 COLOMBIA - 31 VALLE DEL CAUCA - 124 ZARZAL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	Nº A2733072

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ ARIAS SUSAN CRISTINA

Documento de identificacion (Clase y número)	Nacionalidad
T.I. Nº 830911-12313	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ ARIAS SUSAN CRISTINA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
T.I. Nº 830911-12313 DE ARMENIA QUINDIO	Susan Ramirez

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 2001 Mes JUL Día 23

Nombre y firma del funcionario que autoriza

HUGO NELSON MOSQUERA GONZALEZ
Registrador del Estado Civil
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

31556523

27 ENERO 2004

SE EXPIDE PARA EFECTOS LEGALES DEL INTERESADO

PEDRO EVERT NARVAEZ CORTES
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.007.581.172**

RAMIREZ ARIAS

APELLIDOS

ANGIE SOFIA

NOMBRES

Angie Sofia R

FIRMA



Escaneado con CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-JUL-2001**

ZARZAL
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-JUL-2019 QUIMBAYA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2600100-01267127-F-1007581172-20211119 **0076**39568A 2 8503289484

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Escaneado con CamScanner

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
NIT 8900004328
Carrera 15 Calle 12 Norte / PBX: 7359300

FINR17_GWT*
16 de agosto de 2024 09:57:25
Recibo de pago de matrícula y otros derechos
Ref. 702713

BANCO DAVIVIENDA
CTA. BANCOLOMBIA Convenio 44782

FECHA DE EXPEDICIÓN 12 de agosto de 2024

NOMBRE	RAMIREZ ARIAS ANGIE SOFIA	
No. IDENTIFICACIÓN	1007581172 Código: Tel. 3136264831	
PERIODO	20242	
PROGRAMA ACAD.	135 - TRABAJO SOCIAL (JORNADA DIURNA)	
NIVEL ACTUAL	10	
CONCEPTO	00014 - DERECHOS GRADO PRESENCIAL.	$ 364,000.00 COP

CONCEPTO DE PAGO	VALOR	FECHA LÍMITE
Ordinaria	$ 364,000.00 COP	16/08/2024

RECIBO PAGADO

ESTUDIANTE

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
NIT 8900004328
Carrera 15 Calle 12 Norte / PBX: 7359300

FINR17_GWT*
16 de agosto de 2024 09:57:25
Recibo de pago de matrícula y otros derechos
Ref. 702713

BANCO DAVIVIENDA
CTA. BANCOLOMBIA Convenio 44782

FECHA DE EXPEDICIÓN 12 de agosto de 2024

NOMBRE	RAMIREZ ARIAS ANGIE SOFIA	
No. IDENTIFICACIÓN	1007581172 Código: Tel. 3136264831	
PERIODO	20242	
PROGRAMA ACAD.	135 - TRABAJO SOCIAL (JORNADA DIURNA)	
NIVEL ACTUAL	10	
CONCEPTO	00014 - DERECHOS GRADO PRESENCIAL.	$ 364,000.00 COP

CONCEPTO DE PAGO	VALOR	FECHA LÍMITE
Ordinaria	$ 364,000.00 COP	16/08/2024

RECIBO PAGADO

UNIVERSIDAD

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO
NIT 8900004328
Carrera 15 Calle 12 Norte / PBX: 7359300

FINR17_GWT*
16 de agosto de 2024 09:57:25
Recibo de pago de matrícula y otros derechos
Ref. 702713

BANCO DAVIVIENDA
CTA. BANCOLOMBIA Convenio 44782

FECHA DE EXPEDICIÓN 12 de agosto de 2024

NOMBRE	RAMIREZ ARIAS ANGI...
No. IDENT.	1007581172
PERIODO	20242
PROG.	135 - TRABAJO SOCIAL...
NIVEL ACTUAL	10
CONCEP.	DERECHOS GRADO PRE.

CONC. DE PAGO	VALOR	FEC. LÍMITE
Ordinaria	$ 364,000.00 COP	16/08/2024

Cod. BCO.	No. CHEQ. GER.	VALOR
	EFECTIVO	
	TOTAL	

RECIBO PAGADO

BANCO