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 GESTIÓN INDUSTRIAL- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921110**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**18269-000276**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUISA FERNANDA CARREÑO ALVAREZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	52.352.432	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lfcarreno2@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	.008200674334
IP/Nº de contacto:	3124202029	**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:	5778926/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**5824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de titulada y/o complementaria y demàs actividades derivadas de formaciòn que se le asignen , aplicando las metodologías y criterios técnico pedagógicos

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2024**	**Al**	**30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.331.705
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.930.184
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.866.160

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	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	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.242.690**	**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		----------	**79739218**
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	III	$ 43.600	$ 43.600
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		$ 476.600	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 747.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.857.195		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.242.690,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
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	38.219,00	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	**$4.427.326,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizaron las sesiones de formación y alistamiento para el mes de Septiembre de 2024 en las competencias y grupos asignados:
Creación de los espacios virtuales en la plataforma de los grupos : •Grupo35 TGQIN – 2877223
Se tuvo formación durante el mes de septiembre según horario y programación de las competencias, en los días asignados con cada uno de
Informe mensual de ejecución contractual, para el mes de Septiembre, cumplimiento de la formación de acuerdo a la programación académ
Para este periodo no se realizaron actividades relacionados con redes y formulación de proyectos
No Se participo del proceso de inducción durante el mes de septiembre
Se reportan horas académicas del mes correspondie
Cumplimiento de la programación académica y se atendió oportunamente las indicaciones y recomendaciones del supervisor
Según las competencias asignadas que para este caso son

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

LUISA FERNANDA CARREÑO ALVAREZ
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,

DIANA NEXI SAMACA PRIETO
INSTRUCTOR G17

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
MONICA ANDRADE RIOS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

18/09/24 10:27:50 USUARIO: SIC - C.C. 52352432

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52352432	LUISA FERNANDA CARREÑO ALVAREZ	Cra.51#72-12	2406226	lufda497@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	03/09/2024	79739218	$981.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	372.300	0		0		0	0	0	0	372.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	476.600	0	0	0	0	0	0		476.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	72.600				72.600	0	0	72.600			726	72.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	59.600	0	0	59.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	372.300	372.300
Pensión	1	476.600	476.600
Riesgos Laborales	1	72.600	72.600
CCF	1	59.600	59.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	981.100	981.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52352432	LUISA FERNANDA CARREÑO ALVAREZ		Cra.51#72-12	2406226	lufda497@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	03/09/2024	79739218	$981.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52352432	CARREÑO ALVAREZ LUISA FERNANDA	59	0			N																	230301	2.978.300	476.600	0	0	0	0	EPS002	2.978.300	372.300	14-23	2.978.300	3	72.600	CCF24	2.978.300	59.600	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Resumen de pago

A continuación se encuentra la Información de la planilla:

Guardar archivos en excel

Guardar en PDF

Información de la planilla

Identificación	CC 52352432	Tipo de planilla	I - Planilla de Independientes
Razon Social	LUISA FERNANDA CARREÑO ALVAREZ	Vencimiento	2024/09/09
Numero de planilla	79739218	Fecha de pago	2024/09/03
Periodo	Agosto de 2024	Total pagado	$981.100

Información asociada al pago

NIT de recaudo	9998600669427	Medio de pago	Pago Electronico por PSE
Razon Social	Compensar OI	Banco	BANCO DAVIVIENDA
Descripción	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Numero de aprobación	887630580

Totales por administradora

NIT	Administradora	Antes De Mora	Interes De Mora	Total
800224808	Porvenir	$ 476.600	$ 0	$ 476.600
800130907	Salud Total EPS	$ 372.300	$ 0	$ 372.300
860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$ 72.600	$ 0	$ 72.600
860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$ 59.600	$ 0	$ 59.600
	Totales	$ 981.100	$ 0	$ 981.100

Ir a listado de planillas disponibles para pago

Ir a listado de planillas pagadas

miplanilla.com

Gestión y pago de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) - Colombia

Información importante

Bienvenidos

Inicio

Aportante

Empleados y Beneficiarios

Planillas

Certificados y Reportes

Ir a Cesantías

Ir a Pensiones voluntarias

Configuraciones básicas

Ayudas

Plazos para pago
Tarifas de UPC Adicional
Términos y condiciones

Enlaces de interes

Compensar
Comfenalco Valle
Compensar EPS
Comfenalco Valle EPS

Contáctanos

Líneas de atención

Línea Gratuita Nacional
018000117006
Bogotá: 6013077006

Navegadores Compatibles

IExplorer	Chrome	Mozilla	Safari
Version 10+	Version 27+	Version 18+	Version 6+

Powered by Cenet

Comfenalco Valle delagente

Un producto compensar

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SI006-1

SC5892-16

Todos los derechos reservados © 2024 - Compensar - Cenet S.A.

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1014999294

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55899957

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 64 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 3 J

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ORTIZ	CARREÑO

Nombre(s)

CAMILO ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes MAR Día 08	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14736455-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CARREÑO ALVAREZ LUISA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52352432 de BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ORTIZ AGUIRRE CAMILO IGNACIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79797936 de BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ORTIZ AGUIRRE CAMILO IGNACIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 79797936 de BOGOTA D.C	

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 2018 Mes ABR Día 06	CERVELEON RODRIGUEZ HERRERA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

EL NOTARIO 64
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C. (64)
El Notario Certifica:
Esta copia auténtica (fotocopia) del registro original el cual reposa en el archivo del registro del estado civil de esta notaría.
Decreto 1260 de 1970

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Cerveleón Rodríguez Herrera
Notario 64
BOGOTÁ D.C.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de enero 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(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1014999294**	**Camilo Alejandro Ortiz Carreño**	**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: LUISA FERNANDA CARREÑO ALVAREZ

C.C. 52352432