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 VALLE

CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**86634-943960**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CAROLINA CARVAJAL JARAMILLO	**Banco a consignar:**	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	31.433.217	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ccjarami@gmail.com	**Número de Cuenta:**	187710905
IP/Nº de contacto:	23603	**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	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:	5921887/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**18824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.5921887 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA RED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA DEL PERFIL, EN ATENCIÓN TAMBIÉN, A LOS LINEAMIENTOS Y METAS INSTITUCIONALES DE CAMPES

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.629.408
Número de pago	**8**	**Valor Total del Contrato:**	$ 45.250.856
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 11.163.863

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 143.021	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.608.566**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.722.209**	**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		----------	**1065811689**
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		$ -	
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		$ 460.857	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 907.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.484.015		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.722.209,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.099.466,00	
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 - 8560 - CARTAGO	8.199,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-UCEVA	23.043,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
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	**$4.434.303,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

impartir formación profesional integral a las fichas asignadas

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

CAROLINA CARVAJAL JARAMILLO
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,

TITO FERNEL BERMUDEZ BOTELLO
COORDINADOR ACADÉMICO

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
MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHORTUA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

20/09/24 10:37:16 USUARIO: SIC - C.C. 31433217

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-09-11, 09:56:11 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1065811689

Periodo Cotización 202408 **Periodo Servicio** 202408

Cliente:

PAGADA 2024-09-11

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAROLINA CARVAJAL JARAMILLO				
Documento	CC 31433217	**Dirección**	CR 60 #10 - 04		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3042134132		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	CARTAGO	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 31433217		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CARVAJAL JARAMILLO CAROLINA	76147000 - 76		VALLE DEL CAUCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 1.847.000	230301		16 %	$ 1.847.000	$ 295.600	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.847.000	$ 230.900	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 1.847.000	$ 45.000	CCF56	2 %	$ 1.847.000	$ 37.000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	COMFENALCO VALLE	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 295.600	$ 0	$ 0	$ 230.900	$ 45.000	$ 37.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 608.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago,19 septiembre 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
CALI

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	**1113868055**	**Juan Pablo Ramirez Carvajal**	**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,



CAROLINA CARVAJAL JARAMILLO
C.C. 31433217

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.113.868.055

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55748219

55748219

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [01] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** V 7 J

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

COLOMBIA | VALLE DEL CAUCA | CARTAGO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	CARVAJAL

Nombre(s)

JUAN PABLO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes FEB Día 16	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA CALI HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	13406265-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CARVAJAL JARAMILLO CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC.# 31433217 DE CARTAGO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ GIRALDO YOLMER ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 14566931 DE CARTAGO	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ GIRALDO YOLMER ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.# 14566931 DE CARTAGO	X

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

X.X.X.X.X.X.X.X.X..X.X.X.X.X.X.X.X..X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X..X.X.X.X.X..X.X.X.X.X..X.X.X.X..X.X.X.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2016 Mes FEB Día 19	GONZALO RAMIREZ MUÑOZ-NOTARIO PRIMERO ENCARGADO DE CARTAGO Firma

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

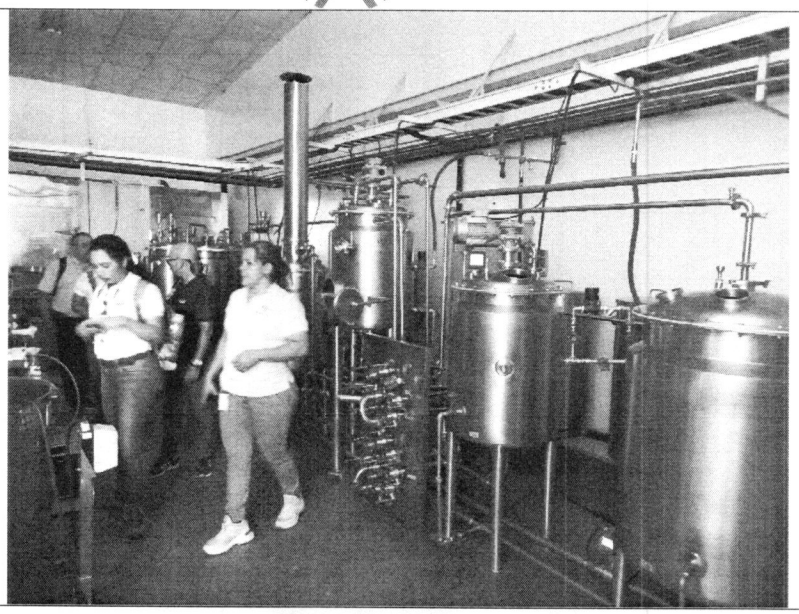
ESPACIO PARA NOTAS

MEDIANTE ART. 118 DE LA LEY 1395 DE 2010 SE REALIZA EL REGISTRO DEL INSCRITO NACIDO EN LA CIUDAD DE CALI.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL 430 2110

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA		
CIUDAD Y FECHA Cartago, 3 Sept 2024		
PRESENTADO A: María Margarita Giraldo A. Subdirector del Centro de Tecnologías Agroindustrial Sena Cartago		
ORDEN DE VIAJE No: 124824	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	26-8-2024	**26-8-2024**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
	CAB Buga	**Buga**
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Visita técnica CAB Buga		
ACTIVIDADES DESARROLLADAS:		
1. **Visita técnica el complejo agroindustrial del centro CAD Buga.** 2. **Visita técnica al ambiente de cocina Gourmet en el CAD Buga.**		
RESULTADOS:		
1. **Registro Fotográfico.** 2. **Informe presentado a la Subdirección de centro CTA Cartago.**		
EVIDENCIAS O SOPORTES: Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe		
1. **Registro fotográfico.**		



COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1.		

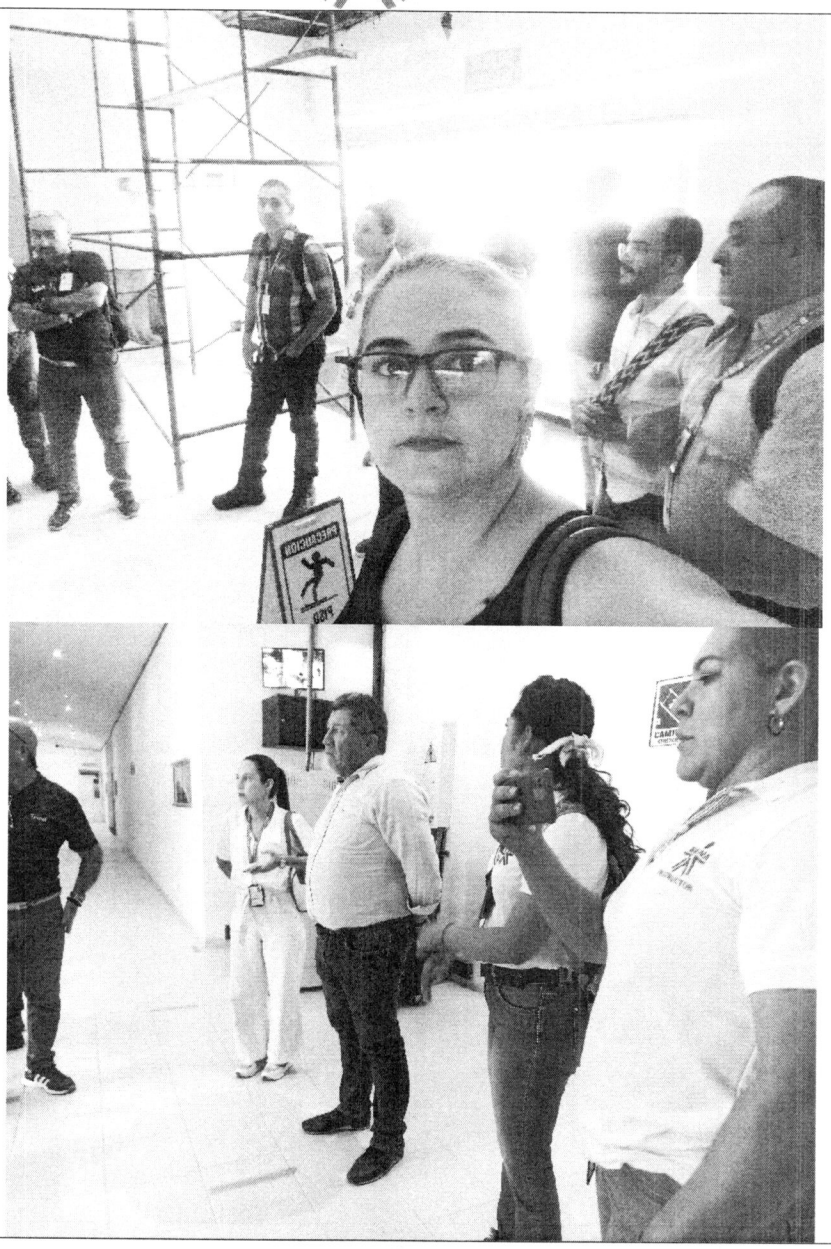
CONCLUSIÓNES:

1. Se ejecutó con éxito la visita.

2. Se acordó una posible práctica en las instalaciones CAD Buga con aprendices e instructores de CTA.

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Carolina Carvajal Jaramillo	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador Académico	Tito Fernel Bermúdez Botello	



Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHmgiraldo	MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHRTUA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-076-954310	CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE
Fecha y Hora Generación Reporte:	viernes, 23 de agosto de 2024	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	124824	**Fecha Solicitud**	2024-08-23	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-076-954310 CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE**		
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-08-23	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	No	**Requiere Pasajes Aéreos** NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	Instructores Programa Desplazados			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	2824	**Dependencia Solicitante**	954345 CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	-

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	N°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
CAROLINA CARVAJAL JARAMILLO	CC: 31433217	Instructores Programa Desplazados	Autorizada	2024-08-26	2024-08-26	VALLE / CARTAGO	VALLE / BUGA	0,5	No	50	0,5	4.465.545,00	286.042,00	143.021,00	0,00	143.021,00	CARTAGO-BUGA-CARTAGO 28-8-24 VISITA TECNICA BUGA
											Totales Solicitud de Comisión			**143.021,00**	**0,00**	**143.021,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

CARTAGO-BUGA-CARTAGO 28-8-24 VISITA TECNICA BUGA

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	41885650	Nombre:	MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHORTUA	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES - VALLE

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHmgiraldo	MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHRTUA
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-076-954310	CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE
Fecha y Hora Generación Reporte:	viernes, 23 de agosto de 2024	

Firma Responsable

Verificado Por:	ANA MARIA OROZCO MESA	Fecha Verificación:	23/08/2024 15:35:14

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.