

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11				
			Código Centro		940610				
			Fecha Elaboración		Setiembre de 2024				
			Versión		MARZO 2024 - 2,24				
			ID de Proceso		41590-485011				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		LIDA ROCIO SANCHEZ GIRALDO		Banco a consignar:		DAVIVIENDA			
Cédula de Ciudadanía		51.761.917		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		lrsanchez71@misena.edu.co		Número de Cuenta:		0570476170007670			
IP/N° de contacto:		0		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		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									
N° del contrato:		5853269/2024		N° Compromiso SIIF	18024	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios personales de carácter temporal como Instructor para orientar la formación de acuerdo a la guía para desarrollar los procesos formativos en formación Titulada y/o Complementaria presencial y/o virtual del Centro Nacional de Hotelería Turismo y alimentos, sedes, subsedes y/o ambientes dispuestos para la formación							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/09/2024		Al		30/09/2024			
Número de pago		8		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 13.545.487			
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 44.655.450			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 9.079.942			
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		\$ 2.618.190		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Setiembre		Agosto		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.618.190,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		79644502		Base retención en la fuente a titulo de ICA		3.956.445,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL II		\$ 18.700		\$ 18.700		Reteica - 8299 - BOGOTÁ		38.219,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -						0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -						0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -						0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -						0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 446.555						0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -				0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 34.082.904		\$ 873.000				0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 6.081.479						0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				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									
Impartí formación con la intensidad horaria correspondiente a las Fichas: 3068392 y 3068460, del curso Contextualización del turismo Comunitario									
Asistir a las reuniones programadas por la coordinación académica y apoyo supervisión de contrato.									
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									
<div></div> <div>LIDA ROCIO SANCHEZ GIRALDO EL CONTRATISTA</div>									
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 periodo 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.									
<div>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</div> <div>DIEGO LEON GONZALEZ PAEZ INSTRUCTOR</div>									
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 JEISON ANDRES PLAZAS ROMERO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)									

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	29/08/2024	79644502	\$1.329.500	

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					
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	830113831-0	562.500	0		0		0	0	0	562.500	1	

TOTALES PENSIÓN				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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
25-14	Colpensiones	900336004-7	720.000	0	0	0	0	0	0		720.000	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	47.000				47.000	0	0	47.000			470	47.000	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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	562.500	562.500
Pensión	1	720.000	720.000
Riesgos Laborales	1	47.000	47.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.329.500	1.329.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51761917	LIDA ROCIO SANCHEZ GIRALDO		KR 64 NO 67 D 94	2500938	lidasa_23@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-08	2024-08	I	29/08/2024	79644502	\$1.329.500

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	51761917	SANCHEZ GIRALDO LIDA ROCIO	59	0		N																	25-14	4.500.000	720.000	0	0	0	0	EPS001	4.500.000	562.500	14-23	4.500.000	2	47.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Información básica de la planilla

Empresa:	LIDA ROCIO SANCHEZ GIRALDO	NIT:	51761917
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	agosto 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	agosto 2024
Número de Radicación:	79644502	Total a pagar:	\$1,329,500
Fecha de vencimiento:	05/09/2024	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	29/08/2024	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número Autorización:	875141426
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$47,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$720,000
EPS001	830113831	ALIANSA SALUD EPS S.A.	1		\$0	\$562,500
						\$1,329,500

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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	1023085244	Jerónimo Sánchez Giraldo	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,

LIDA ROCÍO SANCHEZ GIRALDO
C.C. 51761917



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

NUIP 1023083725
1023085244

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo 39095820
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registratura ☐ Notaría ☒ Número 03 Censado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1008

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ

Datos del inscrito

Primer Apellido SANCHEZ Segundo Apellido GIRALDO

Nombre(s) JERONIMO

Fecha de nacimiento Año 2006 Mes MAY Día 13 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ

Tipo de documento antecedente o Declaración de Integridad CERTIFICADO MEDICO

Número certificado de nacimiento A7129954

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SANCHEZ GIRALDO LIDA ROCIO

Documento de identificación (Clase y número) CC 51761917 BOGOTÁ

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos SANCHEZ GIRALDO LIDA ROCIO

Documento de identificación (Clase y número) CC 51761917 BOGOTÁ

[Firma]

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 2006 Mes JUL Día 19

Nombre y firma del funcionario que autoriza

EDGAR SANCHEZ VARGAS
EDGAR OCTAVIO DE HERRERA
EDGAR SANCHEZ VARGAS

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

[Firma]

ESPACIO PARA NOTAS

Que acogiéndose a la Resolución 3009 de fecha 10 de Agosto de 2004 expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil, se corrigió el Número de Nacimiento repetido 1023083725, siendo el correcto 1023085244.

30 SEP 2010

[Firma]



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

[Firma]
William Torres Roca
Notario (R)

NOTARIA 8ª DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

LA PRESENTE COPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 115 DECRETO 1260 DE 1970 Y 1er.DECRETO 270 DE 1972. ESTE REGISTRO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO. ARTICULO 2 DECRETO 2180 DE 1.968.

SERIAL N°: 39095820

BOGOTA D.C. - 2021-07-15 (AAAA-MM-DD)

CON DESTINO AL INTERESADO

William Urrea Rocha
NOTARIO OCHO 8 (E) DE BOGOTÁ D.C.