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	**Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**64439-897532**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LEYDI ANDREA PALACIO RENDON	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	31.436.683	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	apalacio2085@gmail.com	**Número de Cuenta:**	72844727209
IP/Nº de contacto:	3155027584	**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 son 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:	5919028/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**17224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.5919028 PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA RED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN DEL SENA CON LA EDUCACIÓN MEDIA DEL CENTRO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024**	**Al**	**31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.276.500
Número de pago	**6**			**Valor Total del Contrato:**	$ 38.553.000
Valor Bruto Pago:			**$ 3.855.300,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.421.200

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.855.300	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	**$ 3.855.300**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.266.070**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	Junio			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**71873893**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.266.070,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.542.120	$ 1.542.120	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.415.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 192.800	$ 192.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 246.800	$ 246.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I		$ 8.100	$ 8.100	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8560 - CARTAGO	6.831,00	0,200%
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%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Pro-UCEVA	19.277,00	0,500%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
Dependientes hasta		$ 385.530		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$30.984.458	$ 756.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.924.375					
Retención en la Fuente Contingente		$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	**$3.829.192,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTINUEVE MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y/o productivos en las respectivas etapas de la formación.

Atender la formación de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación asignado

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

LEYDI ANDREA PALACIO RENDON
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,

JHON JAIRO ALZATE RAMIREZ
INSTRUCTOR G20

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)

01/08/24 09:29:55 USUARIO: SIC - C.C. 31436683

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-07-08, 07:27:11 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 71873893

Periodo Cotización: junio de 2024 **Periodo Servicio:** junio de 2024

PAGADO 06/07/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEYDI ANDREA PALACIO RENDON		
Documento	CC31436683	**Dirección**	CL 16 #3 - 08
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2124525
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CARTAGO	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante																					Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 31436683	LEYDI ANDREA PALACIO RENDON	59	00																					(230301) PORVENIR	$ 1.542.120	$ 246.800	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.542.120	$ 192.800	0,522	$ 1.542.120	$ 8.100	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 447.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.542.120	$ 1.542.120	$ 1.542.120	$ 0	$ 246.800	$ 192.800	$ 8.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 447.700	$ 0	$ 447.700

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-07-06, 09:30:56 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2024
Empresa	LEYDI ANDREA PALACIO RENDON
CEDULA CIUDADANIA	CC 31436683
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	71873893
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	757652493
Banco	(1032) - BANCO CAJA SOCIAL
Valor	$ 447.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 246.800	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	1	$ 192.800	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 8.100	$ 0
			SubTotales:	$ 447.700	$ 0
			Total a Pagar:		$ 447.700

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, 01 de agosto 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.	**1113861810**	**Sara Posada Palacio**	**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: Leydi Andrea Palacio Rendón
C.C. 31.436.683

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

NUIP 1113861810 NH

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40851042

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 CARTAGO

Datos del inscrito

Primer Apellido: POSADA
Segundo Apellido: PALACIO
Nombre(s): SARA

Fecha de nacimiento: Año 2007 Mes AGO Día 01
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo Sanguíneo: A
Factor RH: +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): CLINICA COMFANDI COLOMBIA VALLE CARTAGO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: A 7900627

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PALACIO RENDON LEYDI ANDREA
Documento de identificación (Clase y número): CC# 31.436.683 DE CARTAGO VALLE
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: POSADA SOTO GIOVANNY
Documento de identificación (Clase y número): CC# 14.569.716 DE CARTAGO VALLE
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: POSADA SOTO GIOVANNY
Documento de identificación (Clase y número): CC# 14.569.716 DE CARTAGO VALLE
Firma: Giovanny Posada

Datos primer 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
Documento de identificación (Clase y número): 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
Firma: .X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

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.
Documento de identificación (Clase y número): X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X X.
Firma: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

Fecha de inscripción: Año 2007 Mes AGO Día 02

Nombre y firma del funcionario que autoriza: DR. ORLANDO RESTREPO JARAMILLO
Nombre y firma

Reconocimiento paterno: x Giovanny Posada Soto
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: DR. ORLANDO RESTREPO JARAMILLO
Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —