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	**23730-278633**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA ANDREA GIRALDO DIAZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	36.301.807	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	maagiraldod@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	45556011111
IP/Nº de contacto:	0	**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:	5871551/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**8224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.5871551 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIRFORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LARED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA, EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2024**	**Al**	**31/08/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.421.200
Número de pago	**7**			**Valor Total del Contrato:**	$ 38.553.000
Valor Bruto Pago:			**$ 3.855.300,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 11.565.900

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9470095376**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.542.120	$ 1.542.120
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 192.800	$ 192.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 246.800	$ 246.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.100	$ 8.100
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		$ 385.530	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 756.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.535.518		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.266.070,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.415.700,00	
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	6.831,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-UCEVA	19.277,00	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	**$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

Prestación de Servicios Personales para Impartir Formación Profesional Integral de Acuerdo con la Red de Conocimiento.
Atender fichas de formación asignadas 2721359 - 2721360 - 2721361 - 2721362 - 2758225 –2758224 -2879908
Correspondientes a la formación de Gestión Agroempresarial & Servicios Comerciales y Financieros.
Temas: Mercadeo, Planeación estratégica, Emprendimiento y Estadística.
Gestionar plataforma y orientar los aprendices para el buen desempeño en los ambientes virtuales de aprendizaje.

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

MARIA ANDREA GIRALDO DIAZ
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,

JOSE GABRIEL GARAVITO APONTE
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)

16/08/24 13:45:36 USUARIO: SIC - C.C. 36301807

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36301807		GIRALDO DIAZ MARIA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 4g No 84b - 85 apt 1148 torre 1	MEDELLIN-ANTIOQUIA	3212810170	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	801714123	9470095376	I	2024/08/02	2024/07/26	BANCOLOMBIA		$447,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	36301807	GIRALDO MARIA	230301	30	$1,542,120	$246,800	EPS005	30	$1,542,120	$192,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,542,120	$8,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,542,120**	**$246,800**			**$1,542,120**	**$192,800**			**$0**	**$0**			**$1,542,120**	**$8,100**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$246,800	$0	$246,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$246,800	$0	$246,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,100	$0	$8,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,100	$0	$8,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,800	$0	$192,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$192,800	$0	$192,800
TOTAL				1	$447,700	$0	$447,700

2024/08/15 06:10 PM

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 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.	**1031941736**	**Juliana Andrea Giraldo Giraldo**	**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: María Andrea Giraldo Díaz
C.C. 36301807

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1031941736

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41870193

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	06				006

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA — ANTIOQUIA — MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GIRALDO	GIRALDO

Nombre(s): JULIANA ANDREA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes DIC Día 27	FEMENINO		

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA — ANTIOQUIA — MEDELLIN

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51447639-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GIRALDO DIAZ MARIA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C NRO. 36.301.807 DE NEIVA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GIRALDO ATEHORTUA CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C NRO. 7.547.088 DE ARMENIA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GIRALDO ATEHORTUA CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C NRO. 7.547.088 DE ARMENIA	

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 2009 Mes ENERO Día 06	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA DE MEDELLIN 6a
Roberto Chaves Echeverry
NOTARIO

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Powered by CamScanner