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 ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**92376-620795**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LEONARDO DAVID RODRIGUEZ GIRON	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	86.051.089	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ldrodriguezg@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	06054761170
IP/Nº de contacto:	16023	**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	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:	5863750/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**19624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para apoyar en la orientación de la formación profesional integral presencial y/o virtual, para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, así como otras acciones que se deriven de los procesos formativos, para atender la formación Tecnológica, Laboral y Complementaria,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024 Al 31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 11.461.566
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 43.911.193
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 6.996.021

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	**$ 2.625.490**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**80849123**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 6.800
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		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 875.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.299.123		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	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

Acatar la Constitución Política, la Ley, los principios de la contratación estatal y las demás normas concordantes y complementarias

Responder por el adecuado y oportuno cumplimiento de las obligaciones contraídas del contrato (Electrónico o físico)

Participar en las reuniones que para la ejecución del contrato sean convocadas

Entregar periódicamente y al finalizar el contrato o cuando el supervisor lo solicite, todos los documentos y archivos (físicos y elec

Entregar a la finalización del plazo de ejecución o del vínculo contractual o cuando el supervisor del contrato lo solicite, los biene

Utilizar en debida forma las claves asignadas para el ingreso a los sistemas de información y gestión del SENA requeridos para la ejec

Colaborar en la elaboración de respuesta y suministro de información requerida por las autoridades y organismos de control del Estado

Solicitar autorización escrita del SENA para utilizar el nombre, emblema o sello oficial con fines publicitarios o ajenos a los establ

Cumplir con las normas de bioseguridad y reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del

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

LEONARDO DAVID RODRIGUEZ GIRON
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,

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
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
TATIANA LENKE MATALLANA ROA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

18/10/24 18:57:40 USUARIO: SIC -

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LEONARDO DAVID RODRIGUEZ GIRON**, identificada con **CC** número **86051089**, aportó por **LEONARDO DAVID RODRIGUEZ GIRON** identificado(a) con **CC** número **86051089** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 09 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$1,786,218	0.16000	$285,800	$0	$0	Septiembre - 2024	80849123	09/10/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,786,218	0.00522	$9,400	$0	$0	Septiembre - 2024	80849123	09/10/2024	NO
EPS005	Sanitas EPS	59															0		30	$1,786,218	0.12500	$223,300	$0	$0	Septiembre - 2024	80849123	09/10/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **17** días del mes **Octubre**de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ D.C., 18 de octubre de 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:

C.C.	**1029981880**	**ANNA SOFIA RODRÍGUEZ PIÑEROS**	**Hijo(a)**

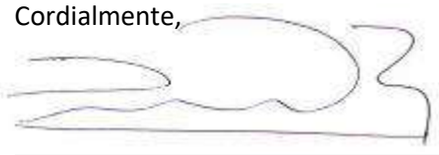
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

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,



LEONARDO DAVID RODRÍGUEZ GIRÓN
C.C. No. 86051089

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

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 30884613-7

NUIP 1029981880

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 34418905

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A F Z

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

REGISTRADURIA DE VILLAVICENCIO-CL SALUDCOOP COLOMBIA META VILLAVICEN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RODRIGUEZ**********	PIÑEROS**********

Nombre(s)

ANNA SOFIA**********

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2005	Mes NOV	Día 22	FEMENINO********	A*******	+********

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

COLOMBIA META VILLAVICENCIO**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A6752072**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PIÑEROS VELANDIA YADIRA ALEXANDRA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0040443272**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ GIRON LEONARDO DAVID**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0086051088**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ GIRON LEONARDO DAVID**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0086051088**********	

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 2005 Mes NOV Día 23	ALICIA PINZON OCHOA********** Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

NIT: 860.029.924-7

Recibo de Caja

Unidad de Negocio:	10VIL			**Caja:**	OC_VIL01	Oficina de Caja Tesoreria
Fecha Laborable:	7/12/2023	**No. Sec:**	171	**No. Recibo:**	56725	
Registro:	VIL01			**Cajero:**	adriana.urrea	
Tipo Trns:	Pago Alumno			**Fecha Trns:**	17/1/2024	
No. Referencia:	AUT.101016.REC.4349.TDB.MASTER			**Estado**	Contzdo	

Vto Cambio: 0.00 COP

ID Factura:

ID: 883735 Rodriguez,Anna Sofia

ID Organización:

Clave Destino:	BBVA_AHO2	**Importe:**	6,786,460.00
Forma Pago:	TD MASTERC	**Importe:**	6,786,460.00

Total: 6,786,460.00 COP

Total Impto Incluido:

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA TESORERIA

Departamento de Tesoreria Sede Villavicencio

Powered by CamScanner

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Recibo de Caja

NIT: 860 029 924-7

Unidad de Negocio:	UNTL		**Caja:**	OC_VIL01	Oficina de Caja Tesoreria
Fecha Laborable:	25/6/2024	**No. Sec:** 47	**No. Recibo:**	57307	
Registro:	VILAV		**Cajero:**	yurany rueda	
Tipo Trns:	Pago Alumno		**Fecha Trns:**	5/7/2024	
No. Referencia:	AUT 602306 TDMASTER RCP 000397		**Estado**	Contado	
			Vto Cambio:	0.00	COP

ID Factura:
ID: 883735 Rodriguez,Anna Sofia
ID Organización:

Clave Destino:	BBVA_AHO2	**Importe:**	6,159,387.00	
Forma Pago:	TD MASTERC	**Importe:**	6,159,387.00	

Total: 6,159,387.00 COP
Total Impto Incluido:

COOPERATIVA DE COLOMBIA TESORERIA

Departamento de Tesoreria Sede Villavicencio