

<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 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		06087-076963				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO		Banco a consignar:		SCOTIABANK COLPATRIA			
Cédula de Ciudadanía		53.070.064		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		cmneusa4@misena.edu.co		Número de Cuenta:		4382022317			
IP/N° de contacto:		3144475645		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:						Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						0,00%			
DATOS DEL CONTRATO									
N° del contrato:		5839842/2024		N° Compromiso SIIF	5924	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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			
Número de pago		9		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 11.461.566			
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 47.185.926			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 6.996.021			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		Honorarios profesionales a persona NO declarante d		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		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.625.490,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		7939859122		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		\$ 9.400		\$ 9.400		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		\$ 875.000				0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 7.000.123						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									
EL CONTRATISTA apoyará el desarrollo de la formación profesional integral con calidad, oportunidad y eficiencia en los programas.									
Gestionar oportunamente en el sistema Sofía Plus, todas las actividades relacionadas con el proceso de Formación Profesional Integral.									
Verificar el correcto registro de datos de los aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS e informar las novedades a la coordinación.									
Asistir y participar en las reuniones programadas por las coordinaciones, comités de evaluación y seguimiento de los aprendices.									
Apoyar la participación en la programación y ejecución del proceso de inducción de los aprendices y el reconocimiento de aprendizajes									
Gestionar oportunamente los informes mensuales (planillas, reportes, formatos) requeridos sobre las acciones encomendadas.									
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									
CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO 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 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.									
Autorizo el presente pago. El Supervisor,									
LUIS ALEJANDRO CARREÑO HERNANDEZ INSTRUCTOR									
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)									

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 223.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 223.300	\$ 0	\$ 0	\$ 223.300
SUBTOTALES:									\$ 223.300				\$ 223.300	\$ 0	\$ 0	\$ 223.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL											PARAFISCALES																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU				
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT
1	CC 53070064	NEUSA ROMERO CLAUDIA MARCELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.786.218			NO																		230301-PORVENIR	30	\$ 1.786.218	\$ 285.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 285.800	EPS008-COMPENSAR	30	\$ 1.786.218	\$ 223.300	\$ 0	\$ 223.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.786.218	\$ 53070064	\$ 9.400	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 518.500
--------------	-------------------



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 de octubre 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.	1031651021	DAVID SANTIAGO MEDINA NEUSA	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: CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO

C.C. 53.070.064 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1031651021

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40442708

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☒ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código ☐ Axi

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ -

Datos del inscrito

Primer Apellido MEDINA Segunda Apellido NEUSA

Nombre(s) DAVID SANTIAGO

Fecha de nacimiento Año 2006 Mes NOV Día 06 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo Sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ -

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo A 7553752

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos NEUSA ROMERO CLAUDIA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 53070064

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos MEDINA GOMEZ EDISON CAMILO

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 80818765

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MEDINA GOMEZ EDISON CAMILO

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 80818765

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 NOV Día 20

Nombre y firma del funcionario que hace el registro RICHARDO CUBIDES TERREÑO

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario que hace el reconocimiento

Firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA EL REGISTRO





BANCO DAVIVIENDA S.A. Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO**

Fecha de solicitud: 2022-03-19

Identificación: C.C.53070064

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: **Bogotá**

Fecha de expedición: 2022-03-15

PRODUCTOS HIPOTECARIOS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CREDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC 2020	SALDO AL 31.DIC.2021	PAGOS O CANONES DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS O COSTOS FINANCIEROS	DEDUCCIÓN INDIVIDUAL MÁXIMA AÑO .2021	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CRÉDITO HIPOTECARIO	5700407700209272	30/08/2019	\$47,125,000.00	\$45,946,908.00	\$46,624,817.00	\$4,363,336.00	\$1,825,680.00	\$4,053,942.00	\$0.00
TOTALES			\$47,125,000.00	\$45,946,908.00	\$46,624,817.00	\$4,363,336.00	\$1,825,680.00	\$4,053,942.00	\$0.00

Las deducciones en prestamos de vivienda y leasing Habitacional no se pueden solicitar como beneficios en forma concurrente Artículo 1.2.1.1.6 del Decreto 1625 de 2016

INFORMACION ADICIONAL

De acuerdo al Artículo 1.6.1.12.12 del Decreto 1625 de 2016, los certificados expedidos en forma continua por computador no Requieren firma Autógrafa

Esta certificación incluye todos los productos vigentes o cancelados poseídos durante el año 2021

Recuerde: El Decreto 1778 del 20 de diciembre del 2021 establece quienes son declarantes de renta para el año 2021.

En este mismo decreto se establecen los plazos para declarar y pagar el impuesto sobre la renta y complementarios

Estimado cliente. Si además usted fue proveedor del Banco, puede realizar la solicitud de los certificados en la dirección informacionpagoproveedores@davivienda.com

La tarifa de retención en la fuente aplicada a las operaciones con tarjetas débito y/o crédito corresponde al 1.5% y el 0.001% para el caso de combustibles

Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares, encontrará los datos totales del producto; los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación.