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 CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**38272-777379**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CARMEN ALICIA CAMPO	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	34.563.325	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	campoa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24099311629
IP/Nº de contacto:	3012355426	**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:	Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5836842/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**14224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista aportando en la planeación y ejecución de los procesos formativos en la modalidad virtual en los programas de formación de nivel titulada del Centro de Comercio y Servicios, perteneciente a la red de: Mercadeo y Ventas, según las necesidades del servicio en los diferentes municipios del departamento del Cauca donde

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024 Al 31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.419.605
Número de pago	**10**	**Valor Total del Contrato:**	$ 46.888.222
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 5.954.060

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			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9475240011**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.465.545,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800	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		$ 9.400	$ 9.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8551 - POPAYAN	8.931,00	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		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 446.555		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 875.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.138.579					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.456.614,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Publicación y ejecución de actividades según calendario en el aplicativo Sofiaplus.Orientar proceso de formación virtual en las fichas 2721689, 2721690, 2834784 Desarrollo Publicitario y Ficha 3069943 Preselección de Talento Humano. Competencia Fichas 2721689 y 2721690 Estructurar la estrategia de mercadeo digital. Resultado de Aprendizaje Fichas 2721689 y 2721690: Desarrollar contenidos de de comunicación digital teniendo en cuenta tácticas del plan de mercadeo. Competencia Ficha 2834784: Elaborar piezas graficas de acuerdo con los requerimientos del cliente. Resultados de Aprendizaje Ficha 2834784: Construir el mensaje publicitario de acuerdo con el medio y los requerimientos del brief. Competencia Ficha 3069943: Resultado de aprendizaje de la inducción. Resultado de Aprendizaje Ficha 3069943: Identificar la dinámica organizacional del Sena y el rol de la formación profesional. Con un total de 164 horas reportadas. Registrar los resultados de la emisión de juicios de evaluación. Descargar del aplicativo Sofía Plus las horas reportadas mensualmente. Garantizar el pago oportuno de la seguridad social de cada mes para que este se vea reflejado en Fosyga.

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

Firmado digitalmente por Carmen Alicia Campo
Fecha: 2024.10.24 15:03:30 -05'00'

CARMEN ALICIA CAMPO
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,

Firmado digitalmente por Ada Lorena Cerón Rosero
Fecha: 2024.10.24 18:49:50 -05'00'

ADA LORENA CERON ROSERO
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
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
34.563.325	530.400

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 9 4 7 5 2 4 0 0 1 L

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2024 Mes 09

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-083-V2

ÁWW 253 20241009 14:16 SC1523 LINEA D
VR PAGADO: 530,400.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE: 0
ID:34563325
Fecha Aplicación:19000101 PIN:0
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

OFIX SUMINISTROS Y LOGISTICA SAS - NIT: 900156826-1 100360500 Sku.43659

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 34563325		CAMPO CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 57n 8-54 casa 16 villa claudia	POPAYAN-CAUCA	8375306	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	20241009141625253372	9475240011	I	2024/10/07	2024/10/09	BANCO AV VILLAS	2	$530,400

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$1,786,218	$10,800			$1,786,218	$9,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$1,786,218	$10,800			$1,786,218	$9,400		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$1,786,218	$10,800			$1,786,218	$9,400		$0	$0
1	CC 34563325	CAMPO CARMEN	230201	30	$1,786,218	$285,800	EPS005	30	$1,786,218	$223,300	CCF14	30	$1,786,218	$10,800	14-23	30	$1,786,218	$9,400	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$1,786,218	$10,800			$1,786,218	$9,400		$0	$0

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 34563325		CAMPO CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 57n 8-54 casa 16 villa claudia	POPAYAN-CAUCA	8375306	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	20241009141625253372	9475240011	I	2024/10/07	2024/10/09	BANCO AV VILLAS	2	$530,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,800	$500	$0	$286,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$285,800	$500	$0	$286,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$100	$0	$9,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$100	$0	$9,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,800	$100	$0	$10,900
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	$10,800	$100	$0	$10,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,300	$400	$0	$223,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$223,300	$400	$0	$223,700
TOTAL				**1**	**$529,300**	**$1,100**	**$0**	**$530,400**

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

POPAYAN, 30 de Enero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
POPAYAN

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	1058550247	LAURA CAMILA PEREZ CAMPO	Hijo(a)

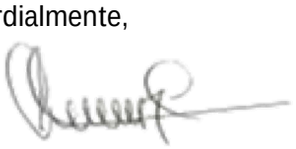
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



CARMEN ALICIA CAMPO
C.C. 34563325

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.058.550.247**

PEREZ CAMPO

APELLIDOS

LAURA CAMILA

NOMBRES

Laura camila Perez Campo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-ABR-2010**

POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-ABR-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

A+ G S RH

F SEXO

13-JUL-2017 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1100100-00926231-F-1058550247-20170726 **00566**78699A 3 7764527248

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1058550247

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43836530

43836530

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	01				F 1 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	CAMPO

Nombre(s): LAURA CAMILA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes ABR Día 29	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52060341-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CAMPO CARMEN ALICIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 34,563,325 DE POPAYAN	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PEREZ ZUÑIGA KILMAN AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 76,334,248 DE BOLIVAR	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PEREZ ZUÑIGA KILMAN AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 76,334,248 DE BOLIVAR	Kilman Augusto Perez Z

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 2010 Mes MAY Día 08	ANA ELVIRA QUIZIAN DE VARONA Nombre y firma

IMPRESO POR DANARANJO S.A. NIT. 860.013.711-5 10393 10-2008

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -