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 NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.

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

Código Regional	11
Código Centro	940610
Fecha Elaboración	Octubre de 2024
Versión	MARZO 2024 - 2,24
ID de Proceso	04691-901378

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANGELICA MARIA NIÑO CORTES	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	52.082.179	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	angelica.26@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	17408897041
IP/Nº de contacto:	3103069656	**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**	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 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:	5853132/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**17324**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios personales de carácter temporal como Instructor para orientar la formación de acuerdo con la guía para desarrollar los procesos formativos en formación Titulada y/o Complementaria presencial y/o virtual del Centro Nacional de Hotelería Turismo y alimentos, sedes, subsedes y/o ambientes dispuestos para la formación

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024**	**Al**	**31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 11.015.011
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 46.739.371
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 6.549.466

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	**$ 2.618.190**	**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		----------	**1066911474**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.618.190,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
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	II	$ 18.700	$ 18.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	38.219,00	0,966%
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		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
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%	$ 34.082.904	$ 873.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.539.234			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**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

TECNICO EN PASTELERIA 2922933 Integrar los planes de saneamiento teniendo en cuenta las necesidades de la industria pastelera
TECNICO EN PASTELERIA 2970512 Integrar los planes de saneamiento teniendo en cuenta las necesidades de la industria pastelera
TECNICO EN PASTELERIA 2994783 Ubicar los productos alimenticios conforme a su naturaleza y técnicas de almacenamiento

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

Angelica Mª Niño C

ANGELICA MARIA NIÑO CORTES
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,

CARLOS JAVIER GONZALEZ NAVARRETE
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
SONIA YAMILE ACUNA LESMES
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

07/10/24 11:37:48 USUARIO: SIC - C.C. 52082179

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-09-30, 12:25:52 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1066911474 **Referencia pago(PIN)** 8810870241

Periodo Cotización 202409 **Periodo Servicio** 202409

Cliente:

PAGADA 2024-09-30

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA MARIA NIÑO CORTES				
Documento	CC 52082179	**Dirección**	CR 93 #80 B - 05		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3103069656		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52082179		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					NIÑO CORTES ANGELICA MARIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.786.218	25-14		16 %	$ 1.786.218	$ 285.800	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.786.218	$ 223.300	$ 0	14-23	2	1,044 %	$ 1.786.218	$ 18.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 223.300	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 527.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!



Puntored no te cobra por esta transacción Puntored Corresponsal Bancario Scotiabank Colpatria

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	**30/09/2024**
Hora	**10:48:07**
Terminal	**369836**
Convenio	**PILA PLANILLA ASI STIDA SIMPLE**
Cod. Convenio	**0408**
Referencia	**8810870241**
Valor	**$527,800**
Transacción	**001007255286**
Usuario	**LEIDY DIDIANA MOR ANTES MU?OZ**

Línea de atención personalizada en Bogotá:
3487881 Resto del País: 01 8000 960 505

Aquí también puede pagar su tarjeta de
credito y creditos de consumo del Banco
Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

El usuario autoriza a CONEXRED SAS (PUNTORED) para el tratamiento de los datos proporcionados para el envío de soportes electrónicos de las transacciones que realice en el punto, cuando ello sea requerido o solicitado por el Usuario, así mismo para realizar estudios de consumo y analítica de datos a través de los cuales PUNTORED pueda ampliar la oferta financiera, comercial y de servicios que le proporciona, para lo cual podrá contactarlo y adelantar campañas comerciales. Para conocer sus derechos, consulte la Política de Tratamiento disponible en www.puntored.co los cuales podrá ejercer a través del correo servicioal.cliente@puntored.co

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 1 de Febrero del 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.	**1019602873**	**Laura Valentina Gomez Niño**	**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,

Angelica Mª Niño C

ANGELICA MARIA NIÑO CORTES
C.C. 52082179

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1019602873

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35681789

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Notaría [ ] Notaría [ ] Número 06 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 5 C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA DISTRITO CAPITAL BOGOTA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ **********	NIÑO **********

Nombre(s)
LAURA VALENTINA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes JUN Día 23	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA DISTRITO CAPITAL BOGOTA**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO NACIDO VIVO **********	A 5772454

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
NIÑO CORTES ANGELICA MARIA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52. 082.179 BOGOTA**********	COLOMBIANA ********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
GOMEZ FUSGA JOSE MIGUEL **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79.162.455 UBATE **********	COLOMBIANA ****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
GOMEZ FUSGA JOSE MIGUEL **********

Documento de identificación (Clase y número) — Firma
C.C. 79.162.455 UBATE **********

C.C. 79.162.455 de UBATE

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número) — Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número) — Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

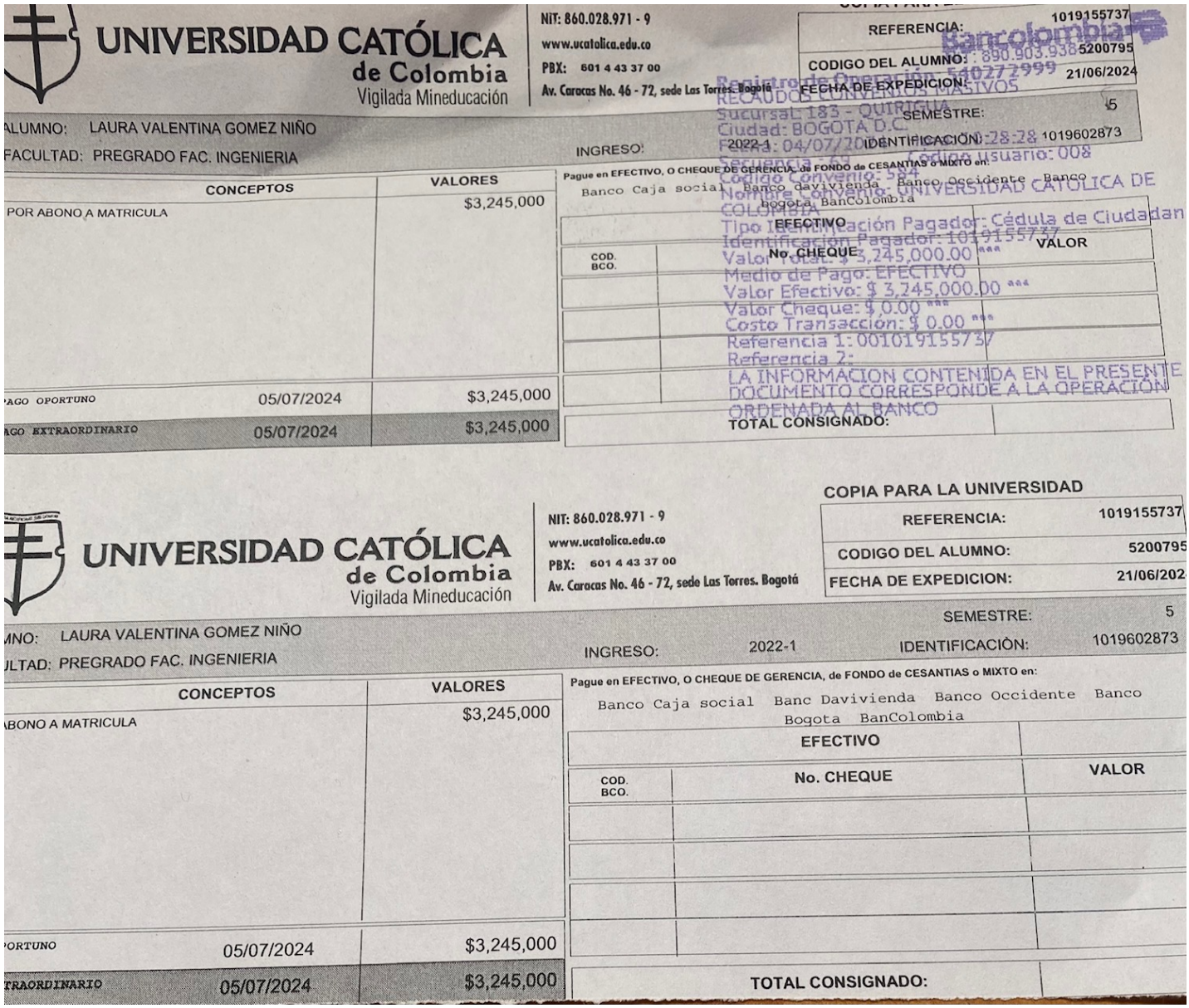
Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2004 Mes JUL Día 21	JUAN MANUEL BOTERO MEDINA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
NOTARIA SEXTA DE BOGOTA D.C. ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL QUE SE EXPIDE Firma PARA DEMOSTRAR PARENTESCO (ART. 1S DEC. 1260)	JUAN MANUEL BOTERO MEDINA Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

REPUBLICA DE COLOMBIA Juan Manuel Botero Medina Notaría Sexta de Bogotá D.C.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



UNIVERSIDAD CATÓLICA de Colombia
Vigilada Mineducación

NIT: 860.028.971 - 9
www.ucatolica.edu.co
PBX: 601 4 43 37 00
Av. Caracas No. 46 - 72, sede Las Torres. Bogotá

COPIA PARA LA UNIVERSIDAD

REFERENCIA:	1019155737
CODIGO DEL ALUMNO:	5200795
FECHA DE EXPEDICION:	21/06/2024

ALUMNO: LAURA VALENTINA GOMEZ NIÑO
FACULTAD: PREGRADO FAC. INGENIERIA

INGRESO: 2022-1 SEMESTRE: 5 IDENTIFICACIÓN: 1019602873

CONCEPTOS		VALORES
POR ABONO A MATRICULA		$3,245,000
PAGO OPORTUNO	05/07/2024	$3,245,000
PAGO EXTRAORDINARIO	05/07/2024	$3,245,000

Pague en EFECTIVO, O CHEQUE DE GERENCIA, de FONDO de CESANTIAS o MIXTO en:
Banco Caja social Banco davivienda Banco Occidente Banco Bogota BanColombia

EFECTIVO		
COD. BCO.	No. CHEQUE	VALOR
TOTAL CONSIGNADO:		

Bancolombia
Registro de Operación: 540272999
RECAUDOS CONVENIOS MASIVOS
Sucursal: 183 - QUIRIGUA
Ciudad: BOGOTA D.C.
Fecha: 04/07/2024 28:28
Secuencia: Codigo usuario: 008
Codigo Convenio: 584
Nombre Convenio: UNIVERSIDAD CATOLICA DE COLOMBIA
Tipo Identificación Pagador: Cédula de Ciudadan
Identificacion Pagador: 1019155737
Valor Total: $ 3,245,000.00 ***
Medio de Pago: EFECTIVO
Valor Efectivo: $ 3,245,000.00 ***
Valor Cheque: $ 0.00 ***
Costo Transaccion: $ 0.00 ***
Referencia 1: 00101915573?
Referencia 2:
LA INFORMACION CONTENIDA EN EL PRESENTE DOCUMENTO CORRESPONDE A LA OPERACIÓN ORDENADA AL BANCO

UNIVERSIDAD CATÓLICA de Colombia
Vigilada Mineducación

NIT: 860.028.971 - 9
www.ucatolica.edu.co
PBX: 601 4 43 37 00
Av. Caracas No. 46 - 72, sede Las Torres. Bogotá

COPIA PARA LA UNIVERSIDAD

REFERENCIA:	1019155737
CODIGO DEL ALUMNO:	5200795
FECHA DE EXPEDICION:	21/06/202

MNO: LAURA VALENTINA GOMEZ NIÑO
ULTAD: PREGRADO FAC. INGENIERIA

INGRESO: 2022-1 SEMESTRE: 5 IDENTIFICACIÒN: 1019602873

CONCEPTOS		VALORES
ABONO A MATRICULA		$3,245,000
PORTUNO	05/07/2024	$3,245,000
TRAORDINARIO	05/07/2024	$3,245,000

Pague en EFECTIVO, O CHEQUE DE GERENCIA, de FONDO de CESANTIAS o MIXTO en:
Banco Caja social Banc Davivienda Banco Occidente Banco Bogota BanColombia

EFECTIVO		
COD. BCO.	No. CHEQUE	VALOR
TOTAL CONSIGNADO:		