

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		11				
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro		921110				
	CENTRO DE GESTIÓN INDUSTRIAL- BTÁ D.C.		Fecha Elaboración		Noviembre de 2024				
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión		MARZO 2024 - 2,24				
				ID de Proceso	69710-230699				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		CARLOS YOVANNY ALEMAN NIÑO		Banco a consignar:		DAVIVIENDA			
Cédula de Ciudadanía		79.683.497		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		caryomani@misena.edu.co		Número de Cuenta:		462300065598			
IP/N° de contacto:		3107558282		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						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									
N° del contrato:		5856768/2024		N° Compromiso SIIF	11024	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de titulada y/o complementaria y demás actividades derivadas de formación que se le asignen ,aplicando las metodologías y criterios técnico pedagógicos							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/11/2024		Al		30/11/2024			
Número de pago		10		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 6.400.615			
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 46.590.520			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 1.935.070			
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		\$ 2.632.890		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a título de RENTA		2.632.890,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		1067750664		Base retención en la fuente a título 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 V		\$ -		\$ 0		Reteica - 85232 - 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		\$ -				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		\$ 877.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 7.893.946							
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									
- Formación Trabajo en Alturas Nivel TRABAJADOR AUTORIZADO - Teoría y Práctica GTA 52 (FICHA No. 3120615).									
- Formación Trabajo en Alturas Nivel TRABAJADOR AUTORIZADO - Teoría y Práctica GTA 53 (FICHA No. Por Asignar).									
- Formación Trabajo en Alturas Nivel TRABAJADOR AUTORIZADO - Teoría y Práctica GTA 55 SURA (FICHA No. Por Asignar).									
- Formación Trabajo en Alturas Nivel TRABAJADOR AUTORIZADO - Teoría y Práctica GTA 56 Consorcio Express (FICHA No. Por Asignar).									
- Formación Trabajo en Alturas Nivel REENTRENAMIENTO PARA TRABAJADOR AUTORIZADO - Práctica GRTA 30 (FICHA No. 3120679).									
- Formación Trabajo en Alturas Nivel COORDINADOR PARA TRABAJO EN ALTURAS - Práctica GCTA 03 (FICHA No. 3120932).									
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									
CARLOS YOVANNY ALEMAN NIÑO 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,									
SONIA PATRICIA RINCON PRIETO INSTRUCTOR G14									
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 MONICA									

Transacción Aprobada

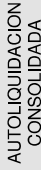
Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-11-04, 08:00:46 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2024
Empresa	CARLOS YOVANNY ALEMAN NINO
CEDULA CIUDADANIA	CC 79683497
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1067750664
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1027384216
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 519.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

NIT	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 285.800	\$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	\$ 223.300	\$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	\$ 10.800	\$ 0
			SubTotales:	\$ 519.900	\$ 0
			Total a Pagar:		\$ 519.900





Periodo Servicio: octubre de 2024

I. DATOS DEL APORTANTE

II. DETALLE DEL APORTANTE

III.TOTALES

Página 1 de 1





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:

RC	1.220.224.829	ERICK GIOVANNY ALEMAN CASTAÑEDA	Hijo(a)
----	---------------	------------------------------------	---------

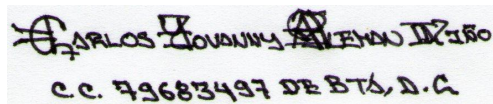
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



CARLOS YOVANNY ALEMAN NIÑO
C.C. 79683497

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



NUIP 1.220.224.829

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57835589

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	☒	Notaría	☐	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	E	Q	Y
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
REGISTRADURIA DE USAQUEN-CLINICA COLSUBSIDIO ORQUIDEAS - COLOMBIA -															

Datos del inscrito															
Primer Apellido								Segundo Apellido							
ALEMAN								CASTANEDA							
Nombre(s)															
ERICK GIOVANNY															
Fecha de nacimiento								Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo		Factor RH	
Año	2	0	1	7	Mes	S	E	P	Día	0	7	MASCULINO	O	POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)															
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.															

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14365007-2

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
CASTANEDA GARZON CAROL JAZMIN	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.010.160.986	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
ALEMAN NINO CARLOS YOVANNY	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79.683.497	COLOMBIA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
ALEMAN NINO CARLOS YOVANNY	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 79.683.497	

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 2 0 1 7 Mes S E P Día 0 8	FERNANDO FERNANDEZ GUTIERREZ - RE
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS	