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 BOYACÁ

CENTRO MINERO-BOYACÁ

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**911110**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**11796-587651**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUZ ADRIANA RAMIREZ RINCON	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	46.385.164	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	laramirezr@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24033072607
IP/Nº de contacto:	3118203685	**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:	5909804/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**11224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: COMUNICADO 15-9-2024-001467, PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR, ORIENTAR Y EVALUAR ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE IMPARTE EL CENTRO MINERO EN LA RED DE CONOCIMIENTO DE QUÍMICA APLICADA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024**	**Al**	**30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 6.139.110
Número de pago	**10**			**Valor Total del Contrato:**	$ 26.412.450
Valor Bruto Pago:			**$ 4.283.100,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 1.856.010

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.283.100	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	**$ 4.283.100**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.493.590**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4578779731**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.713.240	$ 1.713.240
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 214.200	$ 214.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 274.200	$ 274.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 41.800	$ 41.800
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		$ 428.310	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 831.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.950.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.493.590,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.283.100,00	
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 - 8541	0,00	0,200%
-	0,00	0,200%
-	0,00	0,200%
-	0,00	0,200%
-	0,00	0,200%
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	**$4.283.100,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CIEN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realiza formacion profesional integral a la ficha 2922405B en la competencia
control de las operaciones unitarias en procesos químicos

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



LUZ ADRIANA RAMIREZ RINCON
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,

FREDDY URIEL CHAPARRO ORDUZ
INSTRUCTOR G11

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
JEIMY LILIANA MOJICA PIRAGAUTA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46385164
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ ADRIANA RAMIREZ RINCON
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CR 5 1 A 37	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4578779731**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre AÑO 2024			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/15			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	4111509335

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 274.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 274.300	$ 0	$ 274.300
SUBTOTALES:										**$ 274.300**	**$ 0**	**$ 274.300**

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
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 214.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 214.300	$ 0	$ 0	$ 214.300
SUBTOTALES:													**$ 214.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 214.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 41.800	$ 41.800	$ 0	$ 0	$ 41.800
SUBTOTALES:									**$ 41.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 41.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES										
																										PENSIÓN								SALUD					ARP																	
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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 46385164	RAMIREZ RINCON LUZ ADRIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.713.200				NO								01-30										230301-PORVENIR	30	$ 1.713.800	$ 274.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 274.300	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.713.800	$ 214.300	$ 0	$ 214.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.713.800	46385164	$ 41.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 530.400**

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, Noviembre 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:

NUIP - NIP	**1058359515**	**ÁARON MATIAS PUENTES RAMIREZ**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1054290759**	**JUAN FELIPE PUENTES RAMIREZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

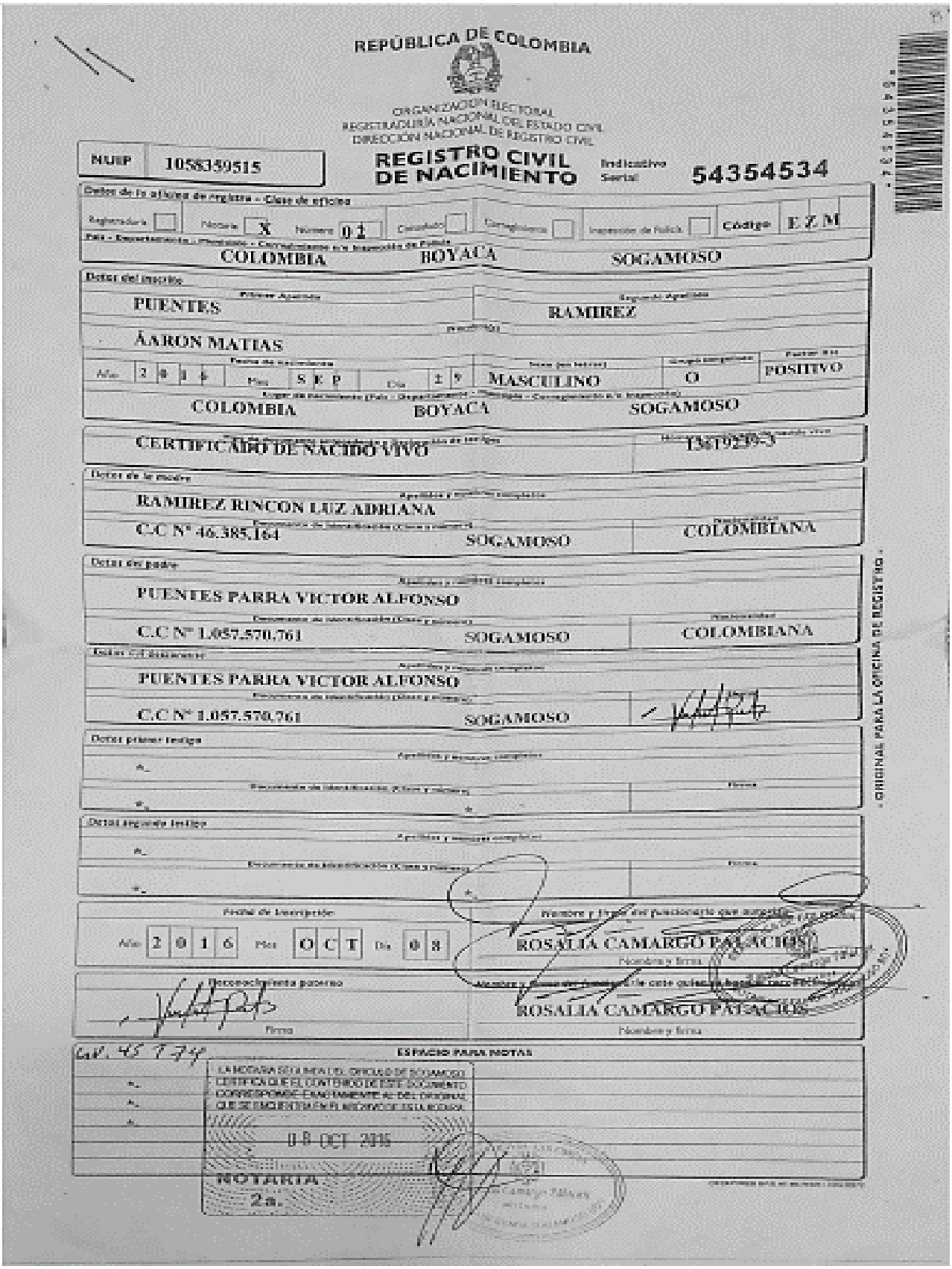
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: LUZ ADRIANA RAMIREZ RINCON
C.C. 46385164



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1058359515

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54354534

Datos de la oficina de registro – Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E Z M

País – Departamento – Municipio – Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA BOYACÁ SOGAMOSO

Datos del inscrito

Primer Apellido: PUENTES Segundo Apellido: RAMIREZ

Nombre(s): ÁARON MATIAS

Fecha de nacimiento: Año 2016 Mes SEP Día 19 Sexo (en letras): MASCULINO Grupo sanguíneo: O Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACÁ SOGAMOSO

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO 13619239-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ RINCON LUZ ADRIANA

Documento de identificación (Clase y número): C.C Nº 46.385.164 Procedencia: SOGAMOSO Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PUENTES PARRA VICTOR ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número): C.C Nº 1.057.570.761 Procedencia: SOGAMOSO Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PUENTES PARRA VICTOR ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número): C.C Nº 1.057.570.761 Procedencia: SOGAMOSO Firma

Datos primer testigo

1. Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

2.

Datos segundo testigo

1. Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

2.

Fecha de inscripción: Año 2016 Mes OCT Día 08

Nombre y firma del funcionario que autoriza (o su delegado)

ROSALIA CAMARGO PALACIOS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Apellidos y nombres del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ROSALIA CAMARGO PALACIOS

Nombre y firma

Cal. 45 T 74

ESPACIO PARA NOTAS

1.

2.

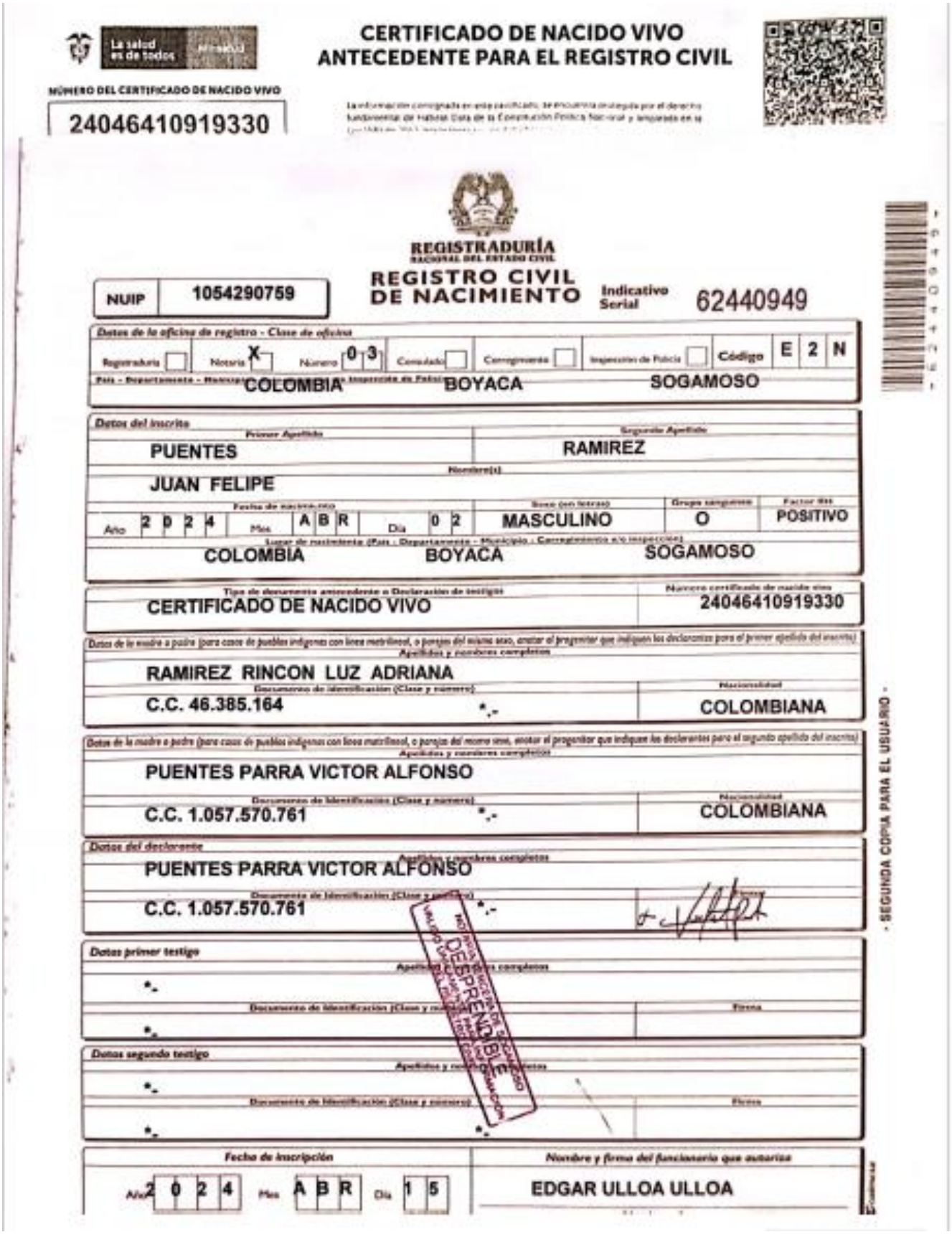
3.

LA NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE SOGAMOSO
CERTIFICA QUE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO
CORresponde FIELMENTE AL DEL ORIGINAL
QUE SE INSERTO EN EL REGISTRO DE ESTA NOTARIA

08 OCT 2016

NOTARIA
2a.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO: 24046410919330

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1054290759

Indicativo Serial: 62440949

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría: [ ] Notaría: [X] Número: 03 Consulado: [ ] Corregimiento: [ ] Inspección de Policía: [ ] Código: E 2 N

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía: COLOMBIA - BOYACA - SOGAMOSO

Datos del inscrito

Primer Apellido: PUENTES

Segundo Apellido: RAMIREZ

Nombre(s): JUAN FELIPE

Fecha de nacimiento: Año 2024 Mes ABR Día 02

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o inspección): COLOMBIA - BOYACA - SOGAMOSO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 24046410919330

Datos de la 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: RAMIREZ RINCON LUZ ADRIANA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 46.385.164 *.-

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: PUENTES PARRA VICTOR ALFONSO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 1.057.570.761 *.-

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PUENTES PARRA VICTOR ALFONSO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 1.057.570.761 *.-

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

DESPRENDIBLE

Fecha de inscripción: Año 2024 Mes ABR Día 15

Nombre y firma del funcionario que autoriza: EDGAR ULLOA ULLOA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -