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 CASANARE

CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE

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

Código Regional	**85**
Código Centro	**951910**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**95483-753447**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIANA CRISTINA PEREZ MELLIZO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.061.749.402	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dcperez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	057001667040910 7
IP/Nº de contacto:	22452	**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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5761473/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**4024**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA. RAD 85-9-2024-000156.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024**	**Al**	**31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 11.612.227
Número de pago	**10**			**Valor Total del Contrato:**	$ 46.996.222
Valor Bruto Pago:			**$ 4.378.530,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 7.233.697

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.378.530	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	**$ 4.378.530**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.574.177**	**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		----------	**9473740397**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.574.177,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.751.412	$ 1.751.412	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.378.530,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 219.000	$ 219.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 280.300	$ 280.300	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		$ 9.200	$ 9.200	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - YOPAL	43.785,00	1,000%
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		$ 437.853		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 858.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.080.196					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.334.745,00**	

SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2876520 - ASISTENCIA EN ORGANIZACION DE ARCHIVOS .

Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio y normativa

3104795- 3092852 - 3104793 ORGANIZACION DE ARCHIVOS DE GESTION.

Organizar archivos de gestión de acuerdo con normativa

3067030 - ASISTENCIA EN ORGANIZACION DE ARCHIVOS

Resultado de Aprendizaje de la Inducción.

TRAMITAR CORRESPONDENCIA DE ACUERDO CON PROCESOS TÉCNICOS Y NORMATIVA

Se ejecutaron 202 horas para el mes de octubre y se cobran 160

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

Diana C. Perez

DIANA CRISTINA PEREZ MELLIZO
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,

MONICA LUCIA MANCIPE RIVERA
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
JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)

06/11/24 14:53:42 USUARIO: SIC - C.C. 1061749402

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 1061749402		PEREZ MELLIZO DIANA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14 # 11B - 55	SANTANDER DE QUILICHAO-CAUCA	1111111	No

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	1001210664	9473740397	I	2024/10/02	2024/10/24	BANCO DAVIVIENDA	22	$516,700

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)					$1,751,412	$280,300			$1,751,412	$219,000			$0	$0			$1,751,412	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,751,412	$280,300			$1,751,412	$219,000			$0	$0			$1,751,412	$9,200		$0	$0
Ciudad: SANTANDER DE QUILICHAO Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$1,751,412	$280,300			$1,751,412	$219,000			$0	$0			$1,751,412	$9,200		$0	$0
1	CC	1061749402 PEREZ DIANA	230201	30	$1,751,412	$280,300	EPS005	30	$1,751,412	$219,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,751,412	$9,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,751,412	$280,300			$1,751,412	$219,000			$0	$0			$1,751,412	$9,200		$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 1061749402		PEREZ MELLIZO DIANA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14 # 11B - 55	SANTANDER DE QUILICHAO-CAUCA	1111111	No

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	1001210664	9473740397	I	2024/10/02	2024/10/24	BANCO DAVIVIENDA	22	$516,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,300	$4,500	$0	$284,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,300	$4,500	$0	$284,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$200	$0	$9,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$200	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$219,000	$3,500	$0	$222,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$219,000	$3,500	$0	$222,500
TOTAL				**1**	**$508,500**	**$8,200**	**$0**	**$516,700**

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 31 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:

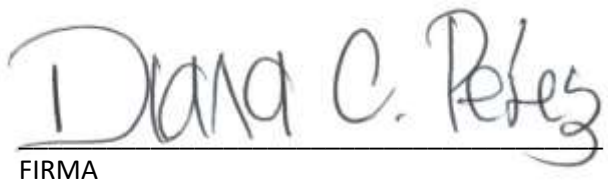
NUIP - NIP	**1062345702**	**ARIADNA ESCOBAR PEREZ**	**HIJO**

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:DIANA CRISTINA PEREZ MELLIZO
C.C.1061749402

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA 38044364-2

NUIP 1.062.345.702

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 61657424

61657424

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código H 1 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SANTANDER DE QUILICHAO - COLOMBIA - CAUCA - SANTAND

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ESCOBAR	PEREZ

Nombre(s)

ARIADNA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2023 Mes AGO Día 26	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CAUCA SANTANDER DE QUILICHAO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23086310620970

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

PEREZ MELLIZO DIANA CRISTINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.061.749.402	COLOMBIA

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

ESCOBAR LASSO NEALES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.007.440.585	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR LASSO NEALES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.007.440.585	x Neales Escobar lasso

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 2023 Mes SEP Día 12	NELSON ORDOÑEZ IBARRA - REGISTRAD Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
x Neales Escobar lasso Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESTE ESPACIO ES PARA LA OFICINA DE REGISTRO

dispapeles 76313

Powered by CamScanner