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 DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**17 Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**98197-763030**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUZ ARELYS SEGURA ARIAS	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	52.242.131	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lasegura13@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24093531324
IP/Nº de contacto:	16023	**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:	6078174/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**45124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para apoyar en la orientación de la formación profesional integral presencial y/o virtual, para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, así como otras acciones que se deriven de los procesos formativos, para atender la formación Tecnológica, Laboral y Complementaria,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024 Al 30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 6.996.021
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 41.231.866
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 2.530.476

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	**$ 2.625.490**	**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		----------	**9476555891**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 9.400
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		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 875.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.701.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
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 - 8299 - BOGOTÁ	38.219,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
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	**$4.427.326,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

EL CONTRATISTA apoyará el desarrollo de la formación profesional integral con calidad,oportunidad y eficiencia

Apoyar la preparación, desarrollo y evaluación de los procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias

Gestionar oportunamente en el sistema Sofía Plus, todas las actividades relacionadas con el proceso de Formación Profesional

Verificar el correcto registro de datos de los aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS e informar las novedades por escrito

Informar a la coordinación de Administración Educativa mediante correo electrónico las novedades que se generen de la verificación

Gestionar registro fotográfico e información básica de todos los aprendices de las fichas asignadas a la Coordinación de Administrac

Dar cumplimiento al instructivo de política de protección de datos personales según Acuerdo 009 de 2016 del SENA

Asistir y participar en las reuniones programadas por las coordinaciones, comités de evaluación y seguimiento

Apoyar la participación en la programación y ejecución del proceso de inducción de los aprendices

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 ARELYS SEGURA ARIAS
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,

DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

17/11/24 15:34:40 USUARIO: SIC - C.C. 52242131

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 52242131		SEGURA ARIAS LUZ ARELYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 29 Sur #51D -09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6453341	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1040776136	9476555891	I	2024/11/12	2024/11/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$518,500

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			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0
1	CC 52242131	SEGURA LUZ	25-14	30	$1,786,218	$285,800	EPS008	30	$1,786,218	$223,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,786,218	$9,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$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 52242131		SEGURA ARIAS LUZ ARELYS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 29 Sur #51D -09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6453341	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1040776136	9476555891	I	2024/11/12	2024/11/12	BANCO CAJA SOCIAL	0	$518,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,800	$0	$0	$285,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$285,800	$0	$0	$285,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$0	$9,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$0	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,300	$0	$0	$223,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$223,300	$0	$0	$223,300
TOTAL				1	$518,500	$0	$0	$518,500

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de 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:

T.I.	**1021679383**	**Mariana Valentina Sarmiento Segura**	**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 Arelys Segura Arias
C.C. 52.242.131

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

NUIP 1021679383

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41896366

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policia [ ] Código A 6 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspeccion de Policia

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C. + + + + + + + +

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SARMIENTO + + + + +	SEGURA + + + + + + +

Nombre(s)

MARIANA VALENTINA + + + + +

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguineo	Factor RH
Año 2009 Mes ENE Dia 08	FEMENINO + +	"O"	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C. + + + + + + + + +

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO + + + + +	51557974-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SEGURA ARIAS LUZ ARELYS + + + +

Documento de identificación (Clase y numero)	Nacionalidad
C..C 52.242.131 DE BOGOTA + + + + + + + + +	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SARMIENTO AVILAN NELSON DARIO + + + + + + + + +

Documento de identificacion (Clase y numero)	Nacionalidad
C..C 79.986.868 DE BOGOTA + + + + +	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SARMIENTO AVILAN NELSON DARIO + + + + + + +

Documento de identificacion (Clase y numero)	Firma
C..C 79.986.868 DE BOGOTA + + + + + ++ +	Nelson Sar

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificacion (Clase y numero)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificacion (Clase y numero)	Firma

Fecha de inscripción

Año 2009 Mes ENE Dia 22

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MIRIAN SUAREZ SUAREZ

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Reconocimiento paterno

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA CINCUENTA Y CUATRO DE BTA
Este Registro es fiel Copia, tomada de su original y tiene validez permanente.
Dado en Bogotá D.C.
22 ENE 2009

NOTARIA CINCUENTA CINCUENTA
CIRCULO DE BOGOTA D.C.
Por delegación del decreto 1634
de julio [illegible] art. 1°.
ARMENIO GALEANO BOTACHE
SECRETARIO GENERAL

Hago constar que este copia coincide con documento original presentado para su autenticación
22 ENE. 2009
Bogotá D.C., Colombia
MIRIAN SUAREZ SUAREZ
NOTARIA CINCUENTA Y CUATRO

Powered by CamScanner