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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINMARCA

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

Código Regional	**25**
Código Centro	**950910**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**99784-734693**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LEONOR FABIOLA BAQUERO ROMERO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	53.053.313	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	fabiola_baquero@yahoo.es	**Número de Cuenta:**	5736929827
IP/Nº de contacto:	3118211107	**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**	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:	6040005/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**43224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA IMPLEMENTAR ACCIONES QUE PROMUEVAN EL RECONOCIMIENTO DE LA CULTURA COMO CREADORA DE IDENTIDAD, GENERADORA DE INCLUSIÓN Y CATALIZADORA DE DIVERSIDAD, EN EL MARCO DEL PLAN NACIONAL INTEGRAL DE

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024 Al 30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 4.514.400
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 29.035.800
Valor Bruto Pago:	**$ 3.078.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 1.436.400

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.078.000	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	**$ 3.078.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.794.900**	**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		----------	**8381164070**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL		$ 6.800	$ 6.800
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		$ 307.800	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 598.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.509.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.794.900,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.707.500,00	
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 - VILLETA	21.660,00	0,800%
-	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	**$3.056.340,00**	

SON: TRES MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

asistencia a reuniones programadas por líder de bienestar al aprendiz Eileen Osorio
talleres danza moderna
talleres danza folclor
talleres de trabajo en equipo
talleres de motivación en la participación de los diferentes grupos de cultura
apoyo en ceremonia día de los mejores jornada regular
apoyo en ceremonia día de los mejores en jornada fin de semana
apoyo en torneo intercentros de futbol
elaboración y ejecución de bailando por la vida

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

LEONOR FABIOLA BAQUERO ROMERO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

EILEEN PAOLA OSORIO LEON
PROFESIONAL G02

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
DAVID ERNESTO AVILA CUBILLOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

19/11/24 09:22:58 USUARIO: SIC - C.C. 53053313

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	LEONOR FABIOLA BAQUERO ROMERO	**NIT:**	53053313
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	octubre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	octubre 2024
Número de Radicación:	8381164070	**Total a pagar:**	$377,300
Fecha de vencimiento:	06/11/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	31/10/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1023	**Número Autorización:**	31266916
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$6,800
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$208,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$162,500
						$377,300

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LEONOR FABIOLA BAQUERO ROMERO
No. Identificación: CC53053313
Dirección: CLL70#87A44
Telefono: 3118211107
Correo: fabiola.baquero7@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8381164070

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LEONOR FABIOLA BAQUERO ROMERO
Tipo y número de identificación	CC53053313
Número de planilla	8381164070
Fecha pago	2024-10-31
Número de autorización pago	31266916
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	octubre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	octubre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	377300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	6800	1
230301	Porvenir	208000	1
EPS008	Compensar EPS	162500	1

8381164070

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53053313
APELLIDOS Y NOMBRES: LEONOR FABIOLA BAQUERO ROMERO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	6800	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

VILLETA, 30 de noviembre del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
VILLETA

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:

TI	**1071868633**	**FABIAN MATIAS PALACIO BAQUERO**	**Hijo(a)**

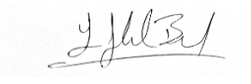
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

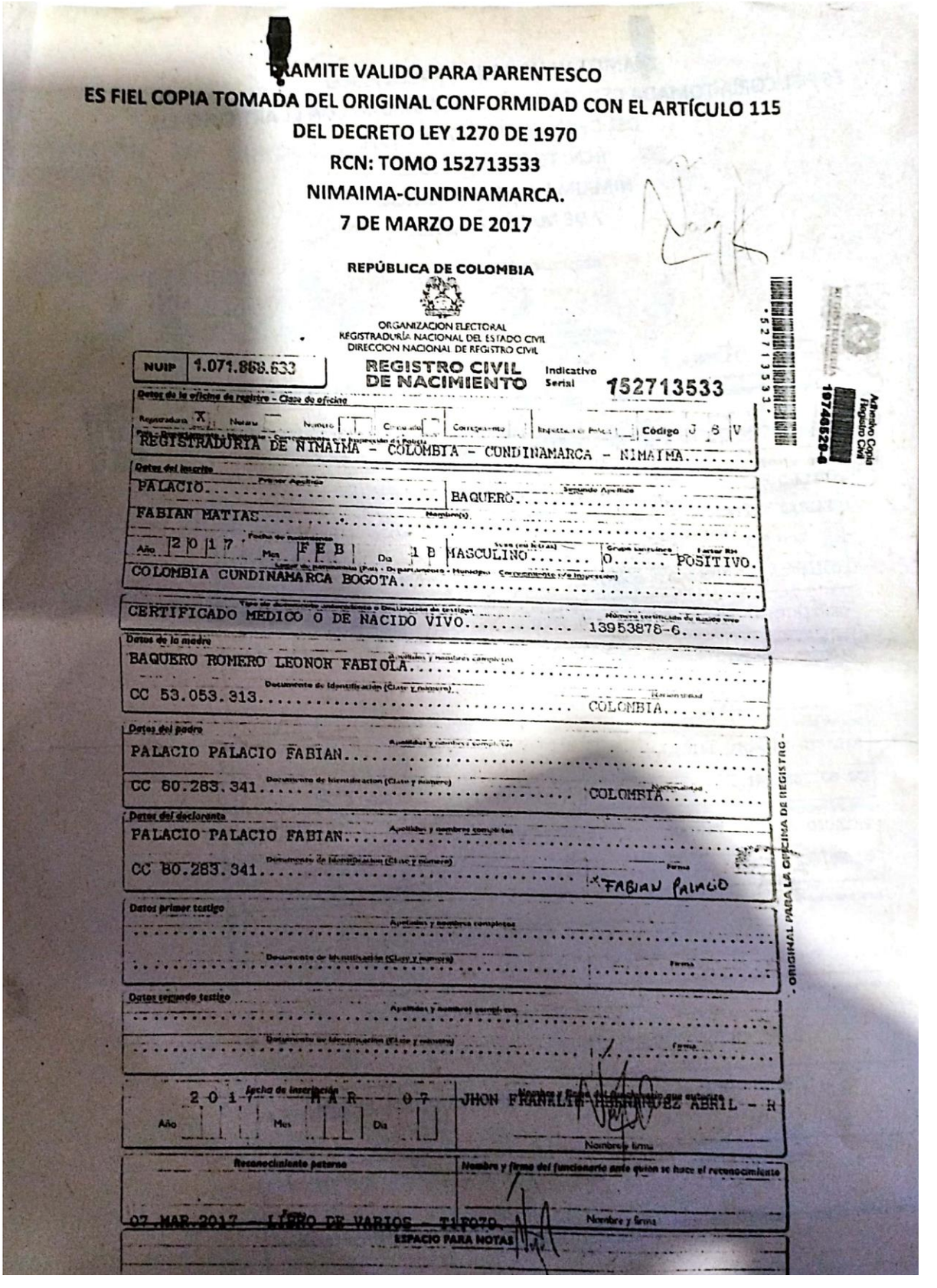
Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad 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,



LEONOR FABIOLA BAQUERO ROMERO
C.C. 53053313



TRAMITE VALIDO PARA PARENTESCO
ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 115
DEL DECRETO LEY 1270 DE 1970
RCN: TOMO 152713533
NIMAIMA-CUNDINAMARCA.
7 DE MARZO DE 2017

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.071.868.633

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152713533

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría X Notaría — Número — Circunscripción — Corregimiento — Inspección de Policía — Código J 8 V
REGISTRADURIA DE NIMAIMA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - NIMAIMA

Datos del inscrito
PALACIO — Primer Apellido — BAQUERO — Segundo Apellido
FABIAN MATIAS — Nombre(s)
Fecha de nacimiento: Año 2017 Mes FEB Día 18 — Sexo (en letras) MASCULINO — Grupo sanguíneo O — Factor Rh POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO — Número certificación de nacido vivo: 13953878-6

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos: BAQUERO ROMERO LEONOR FABIOLA
Documento de identificación (Clase y número): CC 53.053.313 — Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos: PALACIO PALACIO FABIAN
Documento de identificación (Clase y número): CC 80.283.341 — Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos: PALACIO PALACIO FABIAN
Documento de identificación (Clase y número): CC 80.283.341 — Firma: X FABIAN PALACIO

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: Año 2017 Mes MAR Día 07
Nombre y firma del funcionario que autoriza: JHON FRANKLIN HERNANDEZ ABRIL - R
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Fecha: 07 MAR 2017 — LIBRO DE VARIOS — T1F070
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Autenticado Copia Registro Civil 19744529-6

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -