

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		68		
			Código Centro		922410		
			Fecha Elaboración		16 de Octubre de 2024		
			Versión		MARZO 2024 - 2,24		
			ID de Proceso		31579-845943		
REGIONAL SANTANDER							
CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL-SANTANDER							
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1							
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:		GLORIA MILENA ROJAS MORENO		Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL	
Cédula de Ciudadanía		52.192.623		Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico:		gmrojasm@sena.edu.co		Número de Cuenta:		24075685571	
IP/N° de contacto:		3008880785		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							
N° del contrato:		5866586/2024		N° Compromiso SIIF		4624	
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		68-9224-051 Prestar servicios profesionales de carácter temporal para orientar programas de formación titulada, complementaria y virtual programada en el Centro Industrial de Mantenimiento Integral y su área de influencia en la red de conocimiento de electronica y automatización - área temática mantenimiento de equipo biomedico - , vigencia 2024					
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del		01/10/2024		Al		31/10/2024	
Número de pago		9		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 10.866.160	
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 46.292.817	
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 6.400.615	
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							
		Octubre		Setiembre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		80437680		Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	
ARL IV		\$ -		\$ 0		Reteica - 8530 - GIRON CON BOMB	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				26.793,00 0,600%	
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	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones	
Dependientes hasta		\$ 446.555				Otras Retenciones	
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Sobretasa Bomberil	
Renta Exenta 25%		\$ 34.082.904		\$ 877.000		1.340,00 5,000%	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 8.612.272				0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)	
						VALOR A PAGAR	
						\$4.437.412,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
formación titulada 2874222							
formación titulada 2994237							
formación titulada 2070496							
autoevaluación MEB							
registro calificado MEB							
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							
				GLORIA MILENA ROJAS MORENO EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,			
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 periodo 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.							
				ADRIANA MARCELA MARTINEZ RIVERA INSTRUCTOR G13			
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							
MARIA CAROLINA RODRIGUEZ AGUILLON							
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)							

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52192623	GLORIA MILENA ROJAS MORENO		Cra 20 112-51	8727248	glomile.2021@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-09	2024-09	I	07/10/2024	80437680	\$510.800
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	224.000	0		0		0	0	0	0	224.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	286.800	0	0	0	0	0	0		286.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	224.000	224.000
Pensión	1	286.800	286.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	510.800	510.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52192623	GLORIA MILENA ROJAS MORENO		Cra 20 112-51	8727248	glomile.2021@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-09	2024-09	I	07/10/2024	80437680	\$510.800
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52192623	ROJAS MORENO GLORIA MILENA	3	0	N																			25-14	1.792.000	286.800	0	0	0	0	EPS005	1.792.000	224.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción



Transacción exitosa.

Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA

6 octubre 2024 9:25 am

DIRECCIÓN IP: 181.55.20.164

NÚMERO DE TRANSACCIÓN

APII4280326219848307

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN

8307FTJJ

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	\$510.800,00
VALOR DEL IMPUESTO	\$0,00
REFERENCIA DE PAGO	80437680
FECHA DE LA SOLICITUD	6 octubre 2024
REFERENCIA 1	10.0.60.253
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	52192623
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	963482185
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *****5571



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Girón, 16 de octubre del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA) Girón, Santander

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:

C.C.	1011093590	Juan Daniel Mantilla Rojas	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,

GLORIA MILENA ROJAS MORENO
C.C. 52192623

NUIP

1011093590

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTOIndicativo
Serial

40178088

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A 1 F
---------------	--------------------------	---------	-------------------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------	-------

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C. - BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

MANTILLA

ROJAS

Nombre(s)

JUAN DANIEL

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo Sanguíneo

Factor RH

Año

2006

Mes

ABR

Día

23

MASCULINO

A

+

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C. - BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLI. MARLY

A. 7261048

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROJAS MORENO GLORIA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. 52192623

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MANTILLA CARVAJAL CARLOS DANIEL

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. 13540602

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MANTILLA CARVAJAL CARLOS DANIEL

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 13540602

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

X.X.X.X.X

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

X.X.X.X.X

Fecha de inscripción

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año

2006

Mes

ABR

Día

26

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ELABORO SANDRA AVILA

EL REGISTRO TIENE VIGENCIA
PERMANENTE

ART 2 - DECRETO 2300 DE 1000