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 DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**69528-431497**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	FABER ANDRES CHAPARRO PATIÑO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	80.157.199	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	fachaparrop@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	17106698163
IP/Nº de contacto:	16989	**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	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:	6742921/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**89424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL, CUMPLIENDO LOS PROCESOS Y LINEAMIENTOS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DEL CENTRO DE

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024 Al 31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 11.312.715
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 13.992.042
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 6.847.170

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

		Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**80897578**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.300.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 162.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 208.000	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		$ 9.400	$ 6.800	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	38.219,00	0,966%
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		$ 446.555		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 875.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 509.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**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

Impartir formación profesional integral en los programas de formación complementaria virtual para las fichas:

3083723 - ADMINISTRACION Y CONTROL DE INVENTARIOS

3083724 - ADMINISTRACION Y CONTROL DE INVENTARIO

TECNICAS EN VENTAS FICHA 3081678

TECNICAS EN VENTAS FICHA 3081684

3110611 - LOGISTICA PARA LA COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS

3110619 - LOGISTICA PARA LA COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS

3110610 - LOGISTICA PARA LA COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS

3110612 - LOGISTICA PARA LA COMERCIALIZACION DE PRODUCTOS

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

FABER ANDRES CHAPARRO PATIÑO
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,

SILVIO ALBERTO GALINDO PARRA
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
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

17/10/24 12:54:49 USUARIO: SIC - C.C. 80157199

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	FABER ANDRES CHAPARRO PATIÑO	**NIT:**	80157199
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	septiembre 2024
Número de Radicación:	80897578	**Total a pagar:**	$377,300
Fecha de vencimiento:	23/10/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	08/10/2024	**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 Electronico por PSE
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	**Número Autorización:**	968301315
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
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$208,000
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$162,500
						$377,300

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

PAGADA

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

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 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:

T.I.	**1030624885**	**Isabella Chaparro Rubiano**	**HIJO**
T.I.	**1030664765**	**Emmanuel Chaparro Rubiano**	**HIJO**
T.I.	**1030692652**	**Antonella Chaparro Rubiano**	**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: ____Faber Andrés Chaparro Patiño _____
C.C. _____80.157.199_____

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

NUIP 1.030.624.885

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51675029

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A X A

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

REGISTRADURIA DE CIUDAD KENNEDY BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHAPARRO	RUBIANO

Nombre(s): ISABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes MAY Día 03	FEMENINO	AB	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10706402-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RUBIANO PULIDO ANGIE ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.030.591.476	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CHAPARRO PATINO FABER ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80.157.199	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CHAPARRO PATINO FABER ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 80.157.199	

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 2011 Mes MAY Día 18	JOSE ARMANDO BOLIVAR SALGADO - RE Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
1 Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

18.MAY.2011 - LIBRO DE VARIOS - TOM 11 FOL 0087.

LEGITIMADO MEDIANTE MATRIMONIO CIVIL DE SUS PADRES SEGUN ESCRITURA PUBLICA 5838 Y RCM 671 2004 DEL 11/10/2014 OTORGADO POR LA NOTARIA 68 DE BTA, L.V. TOMO 111 FOLIO 193 DE LA MISMA NOTARIA SE FIRMA HOY 27 OCT 2014

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.960-2 TEL 381 1234

ESTE REGISTRO ES FIEL RARA

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

NUIP 1.030.664.765

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54201751

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A X A

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

REGISTRADURIA DE CIUDAD KENNEDY BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHAPARRO	RUBIANO

Nombre(s)

EMMANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes MAR Día 31	MASCULINO	AB	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	12641879-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RUBIANO PULIDO ANGIE ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.030.591.476	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CHAPARRO PATIÑO FABER ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80.157.199	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHAPARRO PATIÑO FABER ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 80.157.199	

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 2014 Mes ABR Día 14	MARIA VICTORIA GAONA ARIZA REGI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

14.ABR.2014 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 227 FOLIO 0129 DORIS..

ITIMADO MEDIANTE MATRIMONIO CIVIL DE SUS PADRES SEGUN ESCRITURA PUBLICA 5838 Y RCM 6712
L 11/10/2014 OTORGADO POR LA NOTARIA 68 DE BTA, L.V. TOMO 111 FOLIO 193 DE LA MISMA NOTARIA.
MA HOY 27 OCT 2014

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.030.692.652

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56466737

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código**

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

REGISTRADURIA DE CIUDAD KENNEDY BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHAPARRO	RUBIANO

Nombre(s)

ANTONELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes 01 Día 08	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	16877406-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RUBIANO PULIDO ANGIE ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.030.521.476	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CHAPARRO PATIÑO FABER ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80.157.199	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHAPARRO PATIÑO FABER ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 80.157.199	

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 2016 Mes 01 Día 15	LIONEL MORENO MAYAS