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 SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**40992-477702**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	1.022.386.654	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	yvvargas456@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	004662020879
IP/Nº de contacto:	3204487799	**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	SI
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:	6902971/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**122024**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	3

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	"Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias técnicas asociados a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financierosen el área temática de Contabilidad de los programas presenciales y/o complementarios de acuerdo con lineamientos de la formación

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024 Al 30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 6.995.950
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 9.377.550
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.500,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 2.530.450

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.500	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 2.381.600		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.847.100**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.949.590**	**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		----------	**81769890**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.200	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 6.800
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 208.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 162.500	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 6.800	
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		$ 684.710	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 9.295.337	$ 1.317.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 442.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.949.590,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.400,00	
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	**$4.427.281,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Detallar las actividades de planeación con las fichas 2874160 jornada Noche de L a V 75,70h fichas 3065728jornada Mañana de L a V, 75,70h fichas 3065728jornada Mañana de L a V, 54h Ficha 2874157 Jornada Fin de semana S 30h

8.Actividades respecto de las novedades gestionadas ante la coordinación las fichas 2874160 jornada Noche de L a V 75,70h fichas 3065728jornada Mañana de L a V, 54h Ficha 2874157 Jornada Fin de semana S 30h

11. Se cumple con todo lo dispuesto en el código de Integridad de la entidad de planeación y gestión (MIPG), sistema integrado de gest de gestión y auto control (SIGA), Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) y Sistema ambiental y de y de eficiencia energética.

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

YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS
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 ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS
INSTRUCTOR G16

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
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

21/11/24 18:41:47 USUARIO: SIC - C.C. 1022386654

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022386654	YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS	kr 51 b bis # 41 b - 35 sur	3204487799	yesivarcus@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	81769890	$377.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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 IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022386654	YESICA VANESSA VARGAS CUBILLOS		kr 51 b bis # 41 b - 35 sur	3204487799	yesivarcus@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	81769890	$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1022386654	VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CERTIFICADO DEPENDIENTES

Bogotá D.C. 30 DE NOVIEMBRE DE 2024

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

La 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene la calidad de dependiente a mi cargo:

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO	NOMBRE	PARENTESCO
TI	1025547305	SANTIAGO PEREZ VARGAS	HIJO
TI	1025554244	AVRIL PEREZ VARGAS	HIJA
RC	1025560034	MARIA EMMA PEREZ VARGAS	HIJA

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: YESICA VANESSA VARGASS CUBILLOS

Documento:1022386654 de Bogotá D.C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025560034

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55162156

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 57 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 8 H

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA - NOTARIA 57

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	VARGAS

Nombre(s)

MARIA EMMA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes FEB Día 01	FEMENINO	AB	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ, D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13952725-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1022386654 DE BOGOTÁ, D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 91159586 DE FLORIDABLANCA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 91159586 DE FLORIDABLANCA	

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 2017 Mes FEB Día 07	LEON GUILLERMO PICO MORA SEGÚN RESOLUCIÓN 0378 DE 30 DE ENERO DE 2017 SNR Nombre y firma

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

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

NUIP 1025554244

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53386283

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 57 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 057

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA **** CUNDINAMARCA **** BOGOTA *** NOTARIA 57***

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	VARGAS

Nombre(s)

AVRIL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor Rh
Año 2014 Mes JUL Día 29	FEMENINO	B	POSITIVO

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

****COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C.*******

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**********	12798644-0********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1022386654 DE BOGOTA D.C.******	COLOMBIANA******

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 91159586 DE FLORIDABLANCA******	COLOMBIANA******

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 91159586 DE FLORIDABLANCA******	

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 AGO Día 04	LEON GUILLERMO PICO MORA (E)
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	LEON GUILLERMO PICO MORA (E)
	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIV. 1 178 F 507

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1025547305

Indicativo Serial 51072264

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 5 2

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	VARGAS

Nombre(s): SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes JUL Día 04	MASCULINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10726403-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: VARGAS CUBILLOS YESICA VANESSA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TI 93082705110 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91159586 DE FLORIDABLANCA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PEREZ JAIMES OSCAR ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CC 91159586 DE FLORIDABLANCA

Firma: Oscar Antonio Perez Jaimes

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 2011 Mes JUL Día 07

Nombre y firma del funcionario que autoriza

EDWARDO AGUSTIN FUERTES MORALES

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Oscar Antonio Perez Jaimes

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

1.- DE V. 155, FOL 392

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -