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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

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

| | |
|---|---|
| Código Regional | 11 |
| Código Centro | 920910 |
| Fecha Elaboración | Noviembre de 2024 |
| Versión | MARZO 2024 - 2,24 |
| ID de Proceso | 52400-104344 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos: | NATALIA BULLA JARAMILLO | Banco a consignar: | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía | 1.110.512.830 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | nbulla0@misena.edu.co | Número de Cuenta: | 06846195317 |
| IP/Nº de contacto: | 3184152941 | 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: | Honorarios profesionales a persona declarante de renta |
| TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nº del contrato: | 5832919/2024 | Nº Compromiso SIIF | 8224 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |

| | |
|---|---|
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado) | PRESTACION DE SERVICOS: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS, CLAVES Y TRANSVERSALES A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS E |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Del | 01/11/2024 | Al | 30/11/2024 | Saldo Anterior del Contrato: | $ 6.163.333 |
| Número de pago | 10 | | | Valor Total del Contrato: | $ 44.863.333 |
| Valor Bruto Pago: | | $ 4.300.000,00 | | Nuevo Saldo del Contrato: | $ 1.863.333 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.300.000 | Honorarios profesionales a persona declarante de re | 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 | $ 4.300.000 | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE | $ 2.527.800 | 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 | | ---------- | 9477261949 |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | | $ 1.720.000 | $ 1.720.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 215.000 | $ 215.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 275.200 | $ 275.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | I | $ 9.000 | $ 9.000 |
| 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 | | $ 430.000 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 34.082.904 | $ 843.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 7.694.200 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.527.800,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.809.800,00 | |
| 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 | 36.803,00 | 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 | $4.263.197,00 | |

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Alistamiento, ejecución, retroalimentación y cierre del programa de complementaria virtual ENGLISH DOES WORK LEVEL 1 FICHA (3117801)

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



NATALIA BULLA JARAMILLO
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,

ALBA LUCIA OLMOS TRUJILLO
INSTRUCTOR

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
WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

22/11/24 12:01:34 USUARIO: SIC - C.C. 1110512830

Outlook

## PSE Transacción Aprobada - CUS 1047383982 ✅

**Desde** serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
**Fecha** Mié 13/11/2024 3:01 PM
**Para** natikmaja@hotmail.com <natikmaja@hotmail.com>




# ¡Hola, NATALIA BULLA JARAMILLO!

**Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1047383982
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9477261949
Valor de la Transacción: $ 499.700
Fecha de Transacción: 13/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

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 1110512830 | | BULLA JARAMILLO NATALIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | bosques del vergel casa 46 | IBAGUE-TOLIMA | 2176487 | 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 | 1047383982 | 9477261949 | I | 2024/11/12 | 2024/11/13 | BANCOLOMBIA | 1 | $499,700 |

**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 |
| 1 | CC | 1110512830 | BULLA JARAMILLO NATALIA | 230201 | 30 | $1,720,000 | $275,200 | EPS005 | 30 | $1,720,000 | $215,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,720,000 | $9,000 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $1,720,000 | $275,200 | | | $1,720,000 | $215,000 | | | $0 | $0 | | | $1,720,000 | $9,000 | | $0 | $0 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $275,200 | $200 | $0 | $275,400 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $275,200 | $200 | $0 | $275,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $9,000 | $100 | $0 | $9,100 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $9,000 | $100 | $0 | $9,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $215,000 | $200 | $0 | $215,200 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $215,000 | $200 | $0 | $215,200 |
| TOTAL | | | | 1 | $499,200 | $500 | $0 | $499,700 |



2024/11/13 03:21 PM

***CERTIFICACION DEPENDIENTES***

Bogotá, 13 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 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(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| Documento de Identidad | Número | Nombre | Parentesco |
|---|---|---|---|
| R.C | 1104956327 | Juan Guillermo Arbelaez Bulla | Hijo |

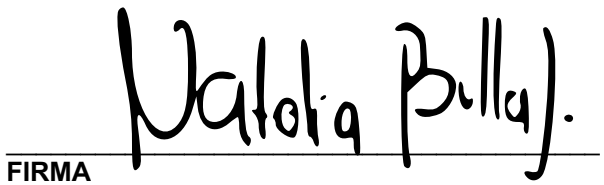
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Natalia Bulla Jaramillo**
**C.C. 1.110.512.830**

# REGISTRADURÍA
## NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

**NUIP** 1104956327

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57494723

*57494723*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [2] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T2 B

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ARBELAEZ | BULLA |

Nombre(s)

JUAN GUILLERMO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2017 Mes OCT Día 20 | MASCULINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 14344420-4 |

**Datos de madre o padre** *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

BULLA JARAMILLO NATALIA - - - - - - - - - - - - - - -

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 1110512830 de IBAGUE TOLIMA | COLOMBIANA |

**Datos de padre o madre** *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

ARBELAEZ OSORIO JUAN MANUEL - - - - - - - - - - - - -

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 1110523536 de IBAGUE TOLIMA | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

ARBELAEZ OSORIO JUAN MANUEL - - - - - - - - - - - - -

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 1110523536 de IBAGUE TOLIMA - - - - - - - - | X |

**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 OCT Día 24 | CESAR-AUGUSTO-ALVARADO GAITAN- |
| | Nombre y firma |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA SEGUNDA DE IBAGUE

# Certificado de Información

El Departamento Administrativo de la Función Pública certifica que en el Sistema de Información y Gestión del Empleo Público – SIGEPII se encuentra registrado(a) Natalia Bulla Jaramillo identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA 1110512830,con el (los) contrato(s) Número del contrato (CO1.PCCNTR.5832919) y objeto del contrato (Contratar la prestación de los servicios profesionales de manera autónoma e independiente para impartir formación profesional integral en las competencias técnicas, claves y transversales a través de herramientas pedagógicas en el programa y modalidad asignada garantizando el cumplimiento del proceso educativo de los aprendices del centro de tecnologías para la construcción y la madera por los términos establecidos en el calendario académico de la vigencia 2024 - proyecto ley - servicios) en la entidad (SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE)
Esta certificación se expide a los 15 días del mes de noviembre del año 2024, a las 08:19 (horas)

Función Pública