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 INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA

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

Código Regional	**25**
Código Centro	**923210**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**13510-299011**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIEGO EDISON QUIROGA ROJAS	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	79.909.189	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dequirogar@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	2142087903
IP/Nº de contacto:	3003821808	**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:	5911566/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**33424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA LÍNEA PROGRAMÁTICA DE EXTENSIONISMO TECNOLÓGICO DEL GRUPO INTERNO DE GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN, EL DESARROLLO Y LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA Y FORMATIVA PARA IMPULSAR Y ARTICULAR DESDE EL CEN				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024 Al 30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.874.224
Número de pago	**10**	**Valor Total del Contrato:**	$ 58.539.572
Valor Bruto Pago:	**$ 5.437.112,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 5.437.112

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.437.112	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	2,53%
Ingresos por comisiones	$ 2.907.990	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 130.742
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.345.102**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.159.292**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 130.742**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1067400173**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.174.845	$ 2.174.845
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 271.900	$ 271.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 348.000	$ 348.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 11.400	$ 11.400
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		$ 834.510	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.720.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 14.305.885		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.159.292,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	7.725.202,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	130.742,00	2,53%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - SOACHA	46.351,00	0,600%
-	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	**$5.260.019,00**	

SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL DIECINUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Asesorar e implementar la metodología de extensionismo tecnológico a las unidades productivas.

Documentar la información recolectada en el proceso de acompañamiento, de forma completa y con criterios de calidad.

Registrar en el sistema de información del programa las acciones ejecutadas con las unidades productivas.

Participar activamente en las acciones de Extensionismo tecnológico y de SENNOVA.

Apoyar las solicitudes de información, informes, y demás acciones propias del Programa de extensionismo Tecnológico.

Preparar materiales, diapositivas, hojas de cálculo, presentaciones y demás información requerida para las asesorías.

Suministrar a los líderes de las unidades productivas las hojas de cálculo y demás herramientas creadas para su gestión.

Apoyar a las unidades productivas en la generación de los canales digitales.

Realizar proceso de cierre con las unidades productivas conforme a los lineamientos del programa de Extensionismo Tecnológico.

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

DIEGO EDISON QUIROGA ROJAS
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,

EDWARD FABIAN MEDINA BARAJAS
PROFESIONAL G10

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
ARGEMIRO CELIS CASTRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-25, 11:31:20 A. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1067400173

Periodo Cotización: octubre de 2024 Periodo Servicio: octubre de 2024 Referencia pago 8810492425

PAGADA 18/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIEGO EDISON QUIROGA ROJAS		
Documento	CC79909189	Dirección	CRA 10 N 32-97 B ROSA BLANCA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3003821808
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	GIRARDOT	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79909189	DIEGO EDISON QUIROGA ROJAS	59	0																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$2.174.845	$348.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$2.174.845	$271.900	0.522	$2.174.845	$11.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$631.300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$2.174.845	$2.174.845	$2.174.845	$0	$348.000	$271.900	$11.400	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$631.300	$0	$631.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SOACHA, 8 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
SOACHA

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:

RC	1072111963	Laura Valentina Quiroga García	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,



DIEGO EDISON QUIROGA ROJAS
C.C. 79909189

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

NUIP 1072111963

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55256304

55256304

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 29 7 7

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
********** QUIROGA **********	********** GARCIA **********

Nombre(s)

********** LAURA VALENTINA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes 006 Día 27	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
***** CERTIFICADO MÉDICO **********	13950159-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

***** GARCIA MORALES MARIA PAULINA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
***** C.C. 1.069.727.158 **********	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

***** QUIROGA ROJAS DIEGO EDISON **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
***** C.C. 79.909.189 **********	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

***** GARCIA MORALES MARIA PAULINA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
***** C.C. 1.069.727.158 **********	

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 007 Día 01	JAIRO JAVIER GÜETE NEIRA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	JAIRO JAVIER GUETE NEIRA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

L.V. 0166. T.2.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

EL SUSCRITO NOTARIO SEGUNDO DEL CÍRCULO DE GIRARDOT – CUNDINAMARCA

CERTIFICA

Que es fiel copia tomada de su original que reposa en el protocolo de este despacho. Dada en el Municipio de Girardot, Departamento de Cundinamarca, a los 04 JUN 2017 Se expide para **PRIMERA COPIA (exenta de pago)**. Conforme a lo establecido en el decreto 1260 de 1970 artículo 115.

JAIRO JAVIER GÜETE NEIRA
NOTARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
JAIRO JAVIER GÜETE NEIRA
NOTARIO
NOTARÍA SEGUNDA DEL CÍRCULO DE GIRARDOT