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	**Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**90867-729318**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	RONALD ANDRADE CAMPOS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	11.228.669	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ronaldrac0628@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	65920581247
IP/Nº de contacto:	0	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
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:	5911832/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**33524**	**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	**01/10/2024 Al 31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 16.311.336
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 58.539.572
Valor Bruto Pago:	**$ 5.437.112,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.874.224

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.437.112	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	2,61%
Ingresos por comisiones	$ 2.941.522	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 135.146
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.378.634**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.182.471**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 135.146**

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9474836391**
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		$ 837.863	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.727.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 12.496.065		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.182.471,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	7.758.734,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	135.146,00	2,61%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - SOACHA	46.552,00	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	**$5.255.414,00**	

SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se llevo a cabo cargue en dicha plataforma, el número de horas de consultorías realizadas de los beneficiarios (15) asignados.

Se implementó la metodología de Extensionismo tecnológico mediante consultorías presenciales y en sitio a las (15) organizaciones y UP

Se participó en las diferentes reuniones convocadas desde el orden nacional para verificar los diferentes avances en las consultorías

Se continuo con el diligenciamiento de bitácora y evidencias de cada uno de los beneficiarios asignados.

Se apoyo en la actividad de transferencia de conocimiento liderada por el grupo de ET de la Regional de Soacha.

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

RONALD ANDRADE CAMPOS
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)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11228669		ANDRADE CAMPOS RONALD	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO CENTRO	GIRARDOT-CUNDINAMARCA	8352340	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	995891965	9474836391	I	2024/10/16	2024/10/21	BANCOLOMBIA	5	$634,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	11228669	ANDRADE RONALD																		230201	30	$2,176,000	$348,200	EPS002	30	$2,176,000	$272,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,176,000	$11,400	0	$0	$0	No	$631,600
Total	**Afiliados(1)**																						$2,176,000	$348,200			$2,176,000	$272,000			$0	$0			$2,176,000	$11,400		$0	$0		$631,600

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11228669		ANDRADE CAMPOS RONALD	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BARRIO CENTRO	GIRARDOT-CUNDINAMARCA	8352340	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	995891965	9474836391	I	2024/10/16	2024/10/21	BANCOLOMBIA	5	$634,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$348,200	$1,300	$0	$349,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$348,200	$1,300	$0	$349,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,400	$100	$0	$11,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,400	$100	$0	$11,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$272,000	$1,000	$0	$273,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$272,000	$1,000	$0	$273,000
TOTAL				**1**	**$631,600**	**$2,400**	**$0**	**$634,000**

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	1145935442	EMILIANO ANDRADE RAMIREZ	Hijo(a)

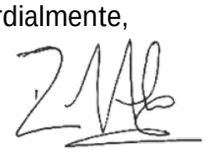
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



RONALD ANDRADE CAMPOS
C.C. 11228669

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1145935442

Indicativo Serial 61759880

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D V C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 73 BOGOTA DC * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ANDRADE * * * * * * * * * * * * * *	RAMIREZ * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s): EMILIANO *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes AGO Día 18	MASCULINO	A	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 * * * * * * * *	166099621 * * * *

Datos de la 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: RAMIREZ GOMEZ VANESSA ALEJANDRA *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 53061566 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * *

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: ANDRADE CAMPOS RONALD *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 11228669 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ANDRADE CAMPOS RONALD *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 11228669 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	[firma]

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 2021 Mes AGO Día 28	NOHORA IRENE GARZON CUBILLOS (Nombre y firma)

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
[firma] Firma	NOHORA IRENE GARZON CUBILLOS (Nombre y firma)

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:LV T 56 F 123; OTRO:CN - SEGUN RESOLUCION 03196/2020 NO SE IMPRIME HUELLAS PLANATRES;28/08/2021

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRO CIVIL
NOTARIA SETENTA Y TRES DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL PAPEL COMÚN, ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1.970
BOGOTA D.C. 28 AGO. 2021

REPÚBLICA DE COLOMBIA - NOTARÍA SETENTA Y TRES
Nohora Irene Garzon C.
Notaria Encargada

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner