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 SANTANDER

CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**930910**
Fecha Elaboración	**22 Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**33580-192711**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CLAUDIA CASTELLANOS RIVEROS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	63.365.914	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ccastellanosr@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	72600000773
IP/Nº de contacto:	0	**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:	5802861/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**13324**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA, COMPLEMENTARIA Y/O VIRTUAL EN DIFERENTES AREAS CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS DEL CSET. PL 328 DIAS VR MES $ 4.465.000,00

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024 Al 30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 7.739.333
Número de pago	**11**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.817.333
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 3.274.333

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.000	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	**$ 4.465.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.625.000**	**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		----------	**9476646983**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.000	$ 1.786.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 9.400
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		$ 446.500	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 875.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 8.089.900		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.000,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.955.900,00	
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 - 8523 - BUCARAMANGA.	28.482,00	0,720%
-	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%
Sobretasa Bomberil	2.848,00	10,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.433.670,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación presencial ficha 2825162 horario lunes a viernes de 6 a 10 pm Tg gestión contable e información financiera sábado 12 a 6 pm

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

CLAUDIA CASTELLANOS RIVEROS
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,

ELMER AIR SANTANA ROJAS
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
WILSON BASTOS DELGADO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

18/11/24 16:03:52 USUARIO: SIC - C.C. 63365914

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 63365914		CASTELLANOS RIVEROS CLAUDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 22 115 45	BUCARAMANGA-SANTANDER	6361792	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	40787126	9476646983	I	2024/11/06	2024/11/12	BANCO DE OCCIDENTE	6	$583,100

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	63365914	CASTELLANOS CLAUDIA																		25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS005	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$10,500	0	$0	$0	No	$580,500
Total	**Afiliados(1)**																						$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$10,500		$0	$0		$580,500

2024/11/18 03:17 PM

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 63365914		CASTELLANOS RIVEROS CLAUDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 22 115 45	BUCARAMANGA-SANTANDER	6361792	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	40787126	9476646983	I	2024/11/06	2024/11/12	BANCO DE OCCIDENTE	6	$583,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$1,400	$0	$321,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$320,000	$1,400	$0	$321,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,500	$100	$0	$10,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,500	$100	$0	$10,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$1,100	$0	$251,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,000	$1,100	$0	$251,100
TOTAL				**1**	**$580,500**	**$2,600**	**$0**	**$583,100**

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 26 de Enero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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:

TI	63365914	MARIA GABRIELA CASTELLANOS RIVEROS	Hijo(a)

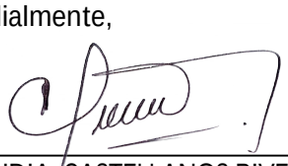
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



CLAUDIA CASTELLANOS RIVEROS
C.C. 63365914

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE

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

"ARTICULO 21 LEY 962 DE 2005. COPIAS DE LOS REGISTROS DEL ESTADO CIVIL... PARÁGRAFO. Las copias del registro civil de nacimiento tendrán plena validez para todos los efectos..."

NUIP	1097500001

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 41391617

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	018	☐	☐	☐	Q6E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTELLANOS	RIVEROS

Nombre(s): MARIA GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes OCT Día 16	Femenino	O	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51164207-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CASTELLANOS RIVEROS CLAUDIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.63.365.914	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
**********	**********

El Suscrito Notario Octavo de Bucaramanga, da fé de que esta fotocopia corresponde al original que reposa en el archivo de esta notaría.
20 AGO 2008
DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO
CIRCULO NOTARIAL DE BUCARAMANGA
NOTARIO OCTAVO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CASTELLANOS RIVEROS CLAUDIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 63.365.914	

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 2008 Mes OCT Día 21	DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ACTA NRO 165

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Powered by CamScanner

Atentamente solicito la expedición de copia del registro civil de nacimiento correspondiente a:

NOMBRES Y APELLIDOS	Número serial
Maria Gabriela Castellanos Rivera	41 391 617

Objeto de la solicitud: Estudio

Datos del solicitante: Nombre Claudia Castellanos Rivas

c.c. 63.365.914 Parentesco Madre

Firma _____ Teléfono 3004354178

ESPACIO EN BLANCO

ESPACIO EN BLANCO

Powered by CamScanner