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 DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINMARCA

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

Código Regional	**25**
Código Centro	**950910**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**07645-465350**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	INGRID JOHANA JACOME PINEDA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.015.392.905	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	milingrid@gmail.com	**Número de Cuenta:**	29741980272
IP/Nº de contacto:	3106900287	**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**	NO

¿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:	5885950/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**19024**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: AGROINDUSTRIA ALIMENTARIA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNÓLOGO Y/O TÉCNICO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEL NIVEL TÉCNICO DEL PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA MEDIA TECNICA, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCI

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024**	**Al**	**30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 6.400.615
Número de pago	**10**			**Valor Total del Contrato:**	$ 45.995.114
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 1.935.070

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	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	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.599.290**	**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		----------	**2331010853**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218
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	III	$ 43.600	$ 43.600
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		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 867.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 8.434.006		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.599.290,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
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 - VILLETA	31.652,00	0,800%
-	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	**$4.433.893,00**	

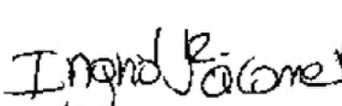
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

En el presente mes se impartió 160 horas de formación directa a las chichas 2737952, 2737955, 2737958, 2949023, 2948054, 2948055
Se desarrolló feria Agro industria en la IED San Pedro, con la participación de los aprendices de las fichas 2737958 y 2948023, donde mostraron los diferentes productos elaborados en sus proyectos productivos y sesiones de formación practicas. Se desarrolló segunda segunda sesión de sustentación de proyectos para las fichas 2737958 y 2948023 en la IED San Pedro, Caparrapí, donde los aprendices socializaron los resultados obtenidos en el desarrollo de su etapa practica. sesiones de reuniones de lideres de procesos para enrruta lineamientos sobre procesos y tiempos de solicitudes de certificaciones para fichas grado 11 de la vigencia 2024.
Se desarrolló en la IERD Hortigal, del municipio de La Palma, la X feria de emprendimiento, donde los aprendices de las fichas 2737955 y 2948055 participaron activamente en la presentación de los diversos productos elaborados en la sesión de formación, Se acató el llamado de la entidad, a la reunión general del equipo de Articulación, con el fin de presentar al nuevo supervisor de contrato.

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



INGRID JOHANA JACOME PINEDA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

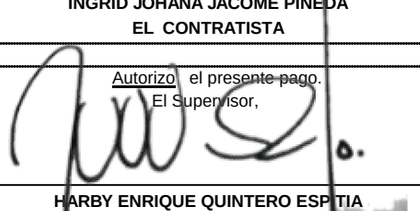
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



HARBY ENRIQUE QUINTERO ESPITIA
PROFESIONAL G02

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
DAVID ERNESTO AVILA CUBILLOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

22/11/24 14:52:03 USUARIO: SIC - C.C. 1015392905

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1015392905
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			INGRID JOHANA JACOME PINEDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	AGUACHICA	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CALLE 2 NORTE # 26-50	TELÉFONO:	5653380
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**2331010853**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		10			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		42059359

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 285.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.100	$ 0	$ 285.900	$ 2.100	$ 288.000
SUBTOTALES:										**$ 285.900**	**$ 2.100**	**$ 288.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 223.300	$ 0	$ 1.600	$ 0	$ 223.300	$ 1.600	$ 0	$ 224.900
SUBTOTALES:													**$ 223.300**	**$ 1.600**	**$ 0**	**$ 224.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 43.600	$ 43.600	$ 400	$ 0	$ 44.000
SUBTOTALES:									**$ 43.600**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 44.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES									
																										PENSIÓN								SALUD					ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1015392905	JACOME PINEDA INGRID JOHANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.786.300				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.786.300	$ 285.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 285.900	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.786.300	$ 223.300	$ 0	$ 223.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.786.300	101539290	$ 43.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 556.900**

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

VILLETA, 30 de noviembre del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
VILLETA

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	**1065915133**	**MARIANA ELENA JACOME PINEDA**	**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,

Ingrid Jacome P.

INGRID JOHANA JACOME PINEDA
C.C. 1015392905

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.065.915.133**

JACOME PINEDA

APELLIDOS

MARIANA ELENA

NOMBRES

Mariana

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-SEP-2016**
AGUACHICA
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

21-SEP-2034 **B+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

22-SEP-2023 AGUACHICA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1207500-01395178-F-1065915133-20231116 0137262041A 1 8509607095

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.065.915.133

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57038114

57038114

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código H B H

REGISTRADURIA DE AGUACHICA - COLOMBIA - CESAR - AGUACHICA

Datos del inscrito

Primer Apellido: JACOME
Segundo Apellido: PINEDA
Nombres: MARIANA ELENA

Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 8 Mes S E P Día 2 1
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo sanguíneo: B
Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (país - departamento - municipio - área rural/urbana): COLOMBIA CESAR AGUACHICA

Certificado médico o de nacido vivo: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO
No. de identificación del certificado de nacido vivo: 13614473-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: JACOME PINEDA INGRID JOHANA
Documento de identificación (tipo y número): CC 1.015.392.905
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre o madre (para usos de publicidad indígena, del tipo consensual o unión del mismo sexo, anotar el progenitor que indique los documentos para el registro civil de nacimiento)

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (tipo y número):
Nacionalidad:

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: JACOME PINEDA INGRID JOHANA
Documento de identificación (tipo y número): CC 1.015.392.905
Firma:

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (tipo y número):
Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:
Documento de identificación (tipo y número):
Firma:

Fecha de inscripción: Año 2 0 1 8 Mes O C T Día 0 8

Nombre y firma del funcionario que autorizo: LUIS ALEJANDRO ALEMAN PEÑARANDA
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

EL SUSCRITO REGISTRADOR DE AGUACHICA, CESAR, CERTIFICA QUE LA PRESENTE ES FIEL FOTOCOPIA DEL ORIGINAL QUE SE ENCUENTRA EN ESTA OFICINA.

13 OCT. 2018

LUIS ALEJANDRO ALEMAN
REGISTRADOR

- CUMPLIDO PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner