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	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**28500-639344**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SECUNDINO ANAYA GRIMALDOS	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	79.530.786	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ajsanchez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24017598424
IP/Nº de contacto:	111	**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**	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:	6038091/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**43724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: ACTIVIDAD FÍSICA Y HÁBITOS SALUDABLES. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNÓLOGO Y/O TÉCNICO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEL NIVEL TÉCNICO, TECNOLÓGICO Y/O COMPLEMENTARÍA DEL PROGRAMA REGULAR, ATENDIENDO LAS

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024**	**Al**	**30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 6.549.466
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 42.124.975
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 2.083.921

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	**$ 2.625.490**	**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		----------	**1067545751**
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 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		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 875.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.971.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	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

Registro y formación en Cualidades Físicas en el Entrenamiento y Aplicación de programas de actividad física en adultos mayores, para las fichas No 3127572, 3131361 y 3140886.

Implementar estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos

Conocer, Aplicar y hacer cumplir el reglamento de aprendices.

Apoyar la evaluación de procesos contractuales de bienes y servicios que tengan relación con el área de formación

Registrar, verificar y hacer seguimiento en el SISTEMA SOFIA PLUS de manera oportuna de todas las actividades

Se elaboran guías de aprendizaje de las competencias impartidas

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

SECUNDINO ANAYA GRIMALDOS
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,

JOHN ALEXANDER SAAVEDRA ZAPATA
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
DAVID ERNESTO AVILA CUBILLOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-20, 12:32:56 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1067545751

Periodo Cotización 202410 **Periodo Servicio** 202410

Cliente:

PAGADA 2024-11-20

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SECUNDINO ANAYA GRIMALDOS				
Documento	CC 79530786	**Dirección**	CR 11 SUR #68 B - 30 SANTA MARTHA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7670433		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 79530786		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					ANAYA GRIMALDOS SECUNDINO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.786.218	230301		16 %	$ 1.786.218	$ 285.800	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.786.218	$ 223.300	$ 0	14-11	1	0,522 %	$ 1.786.218	$ 9.400	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 285.800	$ 0	$ 0	$ 223.300	$ 9.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 518.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 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 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:

C.C.	**28.256.012**	**MARIA CONCEPCION GRIMALDOS PADILLA**	**MADRE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: **SECUNDINO ANAYA GRIMALDOS**

C.C. 79.530.786 Bogotá

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar pa

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.256.012**

GRIMALDOS PADILLA De ANAYA

APELLIDOS

MARIA CONCEPCION

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-OCT-1925**

NARANJO

MOLAGAVITA (SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	A+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-JUN-1956 MOLAGAVITA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00202785-F-0028256012-20091211 0018930119A 1 1290104241

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REGISTRADO

Secundino Anaya Guimaldos.

En la República de Colombia Departamento de Santander

Municipio de Molagavita a veintinueve

(Corregimiento, Vereda, Inspección)

del mes de Octubre de mil novecientos Setenta y uno

se presentó Joaquin Anaya (Nombre del declarante) identificado con C.C. # 2126703.

domiciliado en Molagavita y declaró:

SECCION GENERICA

Que para los efectos legales denuncia ante esta Alcaldia Municipal

Notaría, Registraduría, Alcaldía, etc.

que el día diez y nueve del mes de Octubre de mil novecientos Setenta

nació en el municipio de Molagavita departamento de Santander

República de Colombia un niño de sexo masculino

a quien se le ha dado el nombre de Secundino

SECCION ESPECIFICA

Hora de nacimiento una del dia lugar Molagavita Primer Piso

Dirección de la Casa, Hospital, Barrio, Vereda

Nombre de la madre María Concepción Guimaldos.

Identificada con C.C. # 28 [illegible] 6012 de profesión Hogar

de nacionalidad Colombiana y estado civil Casada

Nombre del padre Joaquin Anaya Rodriguez

La anotación del nombre del padre está sujeta a lo dispuesto en los Art. 53 y 54 del Decreto 1260/70

Identificado con C.C. # 2126703 de profesión Carpintero

de nacionalidad Colombiano y estado civil Casado.

Certificó el nacimiento Licencia No.

Nombre del Médico – Enfermera

o los testigos Santiago Hilandia R. y Agustin Anaya R.

(Cuando no se presenta certificado – Art. 49 Decreto 1260/70)

quienes suscriben la presente Acta para acreditar el nacimiento.

El denunciante Joaquin Anaya

Los testigos Secundino Anaya Agustin Anaya

A falta de certificado Médico o de enfermera.

C. C. No. 2.726.790. C. C. No. 2126 9[illegible]

El funcionario que autoriza el registro

FIRMA Y SELLO

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

Para efectos del artículo 2º. de la Ley 45 de 1936, subrogado por el artículo 1º. de la Ley 75 1968, reconozco al niño a que se refiere esta Acta como mi hijo natural y para constancia firn

Firma del padre que hace el reconocimiento

Firma de la madre que hace el reconocimie

Firma y sello del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Powered by CamScanner

BENEDICTO PRADA

CONTADOR PÚBLICO
ASESORIAS CONTABLES Y TRIBUTARIAS

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO
Cedula de Ciudadanía 19.301.472 de Bogotá
TP 36.244-T

C E R T I F I C A

Que la señora **MARIA CONCEPCION GRIMALDOS PADILLA**, identificada con la cedula de ciudadanía 28.256.012 expedida en Bogotá, de 98 años de edad, por ausencia de ingresos depende económicamente de su hijo, el señor **SECUNDINO ANAYA GRIMALDOS**, identificado con la cedula de ciudadanía 79.530.786 expedida en Bogotá.

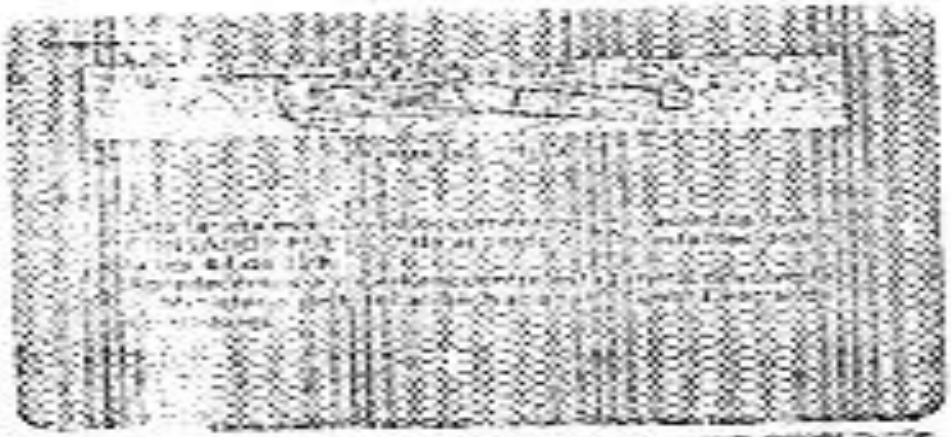
Se expide en Bogotá a los 26 días del mes de marzo de 2024, con el fin de hacer trámites personales.

Cordialmente,

BENEDICTO PRADA ANAYA
CONTADOR PÚBLICO
CC. 19.301.472 DE BOGOTA
TP.36.244-T

CRA 72 22D-54 INT.36 APTO 102 BARRIO CARLOS LLERAS RESTREPO- BOGOTA, CEL 311-5143634









FECHA DE NACIMIENTO 27 DIC 1956
MOLAGAVITA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.72 A- M
ESTATURA G.S. RH SEXO
17-DIC-1975 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

