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	**23 Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**14618-374908**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA CAROLINA PARRA RINCON	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	63.552.422	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mcparra@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	600214464
IP/Nº de contacto:	3045747059	**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:	5783702/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**7424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET PL 330 DIAS VR MES $ 4.465.000,00

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024**	**Al**	**22/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 3.274.333
Número de pago	**12**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.115.000
Valor Bruto Pago:			**$ 3.274.333,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.274.333	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	**$ 3.274.333**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.924.600**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9478482018**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.309.733	$ 1.786.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 163.800	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 209.600	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.900	$ 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		$ 327.433	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 642.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 9.973.850		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.924.600,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.900.933,00	
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.	20.887,00	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	2.089,00	10,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.251.357,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyo a la formación de la ficha 2893719 TGO. DIRECCIÓN DE VENTAS, EL 2 DE DICIEMBRE, 6 HRS.

Apoyo a la formación de la ficha 2924496 TG. PROGRAMACION DE APLICACIONES PARA DISPOSITIVOS MOVILES, DEL 2 AL 13 DE DICIEMBRE, 60 HRS

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

MARIA CAROLINA PARRA RINCON
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,

KAREN KATHERINE LAITON MARTINEZ
PROFESIONAL G08

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)

04/12/24 11:18:28 USUARIO: SIC - C.C. 63552422

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63552422		PARRA RINCON MARIA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 21 # 152-30	FLORIDABLANCA-SANTANDER	6789744	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1099710803	9478482018	I	2025/01/09	2024/12/04	BANCO DE BOGOTA	0	$380,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,309,733	$209,600			$1,309,733	$163,800			$0	$0			$1,309,733	$6,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,309,733	$209,600			$1,309,733	$163,800			$0	$0			$1,309,733	$6,900		$0	$0
Ciudad: FLORIDABLANCA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,309,733	$209,600			$1,309,733	$163,800			$0	$0			$1,309,733	$6,900		$0	$0
1	CC 63552422	PARRA MARIA	25-14	30	$1,309,733	$209,600	EPS005	30	$1,309,733	$163,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,309,733	$6,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,309,733	$209,600			$1,309,733	$163,800			$0	$0			$1,309,733	$6,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63552422		PARRA RINCON MARIA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 21 # 152-30	FLORIDABLANCA-SANTANDER	6789744	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1099710803	9478482018	I	2025/01/09	2024/12/04	BANCO DE BOGOTA	0	$380,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$209,600	$0	$0	$209,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$209,600	$0	$0	$209,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,900	$0	$0	$6,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,900	$0	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$163,800	$0	$0	$163,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$163,800	$0	$0	$163,800
TOTAL				1	$380,300	$0	$0	$380,300

	Versión: 05
	Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: MARIA CAROLINA PARRA RINCÓN						**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	BUCARAMANGA	**FECHA**	**DICIEMBRE 4/2024**	**REGIONAL**	**SANTANDER**	**C.C. 63.552.422**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			**Cl. 15 #27-37, SENA CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURÍSTICOS**			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	**CO1.PCCNTR.5783702 / 24 DE ENERO A 22 DE DICIEMBRE DE 2024**					

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	**X**	**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC	X	**Elkin Javier Mendoza.**	Elkin Javier Mendoza Ardila
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	**Silvana Castro Barrera**	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	**Laura Mantilla**	
ALMACÉN E INVENTARIOS		**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.**	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)			
CONTABILIDAD			
TESORERIA			
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA			
BIBLIOTECA	X	**Vlakxmir Robles Marin**	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	**Karen Katherine Laiton Martínez**	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Carolina Parra Rincón

Firma del Contratista

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el documento 63552422 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 4 de Diciembre de 2024 a las 09:23:44

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 24 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	1142716555	SAMUEL ESTEBAN CLAVIJO PARRA	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,



MARIA CAROLINA PARRA RINCON
C.C. 63552422

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

P 1097511423

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60062414

e la oficina de registro - Clase de oficina

Notaría [ ] Número [X] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q 6

tamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

el inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CLAVIJO **********	PARRA **********

Nombre(s)

JUAN SEBASTIAN **********

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
2020 Mes	ABR Día	01	Masculino	A	Positi

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	15906732-4

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

PARRA RINCON MARIA CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.63.552.422	COLOMBIANA

le 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

CLAVIJO SANCHEZ ROBERTO CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13.872.871	COLOMBIANO

el declarante

Apellidos y nombres completos

CLAVIJO SANCHEZ ROBERTO CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13.872.871	Roberto Clavijo S.

rimer testigo

Apellidos y nombres completos

****

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

egundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

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

Fecha de Inscripción

Mo 2020 Mes ABR Día 20

Nombre y firma del funcionario que autoriza

DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO

Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1142716555

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41830656

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D U H

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CLAVIJO **********	PARRA **********

Nombre(s)

SAMUEL ESTEBAN **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes ABR Día 06	Masculino	B	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	51409686-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PARRA RINCON MARIA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.63.552.422	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CLAVIJO SANCHEZ ROBERTO CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13.872.871	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CLAVIJO SANCHEZ ROBERTO CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13.872.871	Roberto Clavijo S.

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 2009 Mes ABR Día 14	SABINO ALFONSO CABALLERO Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

41830656