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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**12467-660496**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ELVIA MARIA MEDINA VALENCIA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	43.577.828	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	elviameva@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	24720977598
IP/Nº de contacto:	3125264158	**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:	5855249/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**14424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para apoyar en la orientación de la formación profesional integral presencial y/o virtual, para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, así como otras acciones que se deriven de los procesos formativos, para atender la formación Tecnológica, Laboral y Complementaria,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024**	**Al**	**17/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 2.530.476
Número de pago	**11**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.185.926
Valor Bruto Pago:			**$ 2.530.476,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.530.476	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	**$ 2.530.476**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.425.128**	**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		----------	**82586865**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.800	$ 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		$ 253.048	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 475.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 8.750.123		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.425.128,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.159.976,00	
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 - BOGOTÁ	20.865,00	0,966%
-	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	**$2.509.611,00**	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Planear, ejecutar y evaluar la formación presencial y/o combinada.

Realizar al proceso de certificación de competencias, según normas relacionadas con la función del Instructor.

Gestionar documentos requeridos en los procesos administrativos a partir de los requerimientos.

Orientar, acompañar y asesorar de forma permanente a los aprendices durante el proceso formativo.

Elaborar y/o actualizar material didáctico para las competencias programadas según las necesidades.

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

ELVIA MARIA MEDINA VALENCIA
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,

SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
INSTRUCTOR G19

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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

12/12/24 21:50:30 USUARIO: SIC - C.C. 43577828

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	43577828	ELVIA MARIA MEDINA VALENCIA	Calle 4 37B21	7731761	elviameva@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	82586865	$520.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	223.400	0		0		0	6	900	0	224.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	285.900	0	0	0	0	6	1.200	0	287.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	6	100	9.500			94	9.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.400	224.300
Pensión	1	285.900	287.100
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.700	520.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	43577828	ELVIA MARIA MEDINA VALENCIA		Calle 4 37B21	7731761	elviameva@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	82586865	$520.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	43577828	MEDINA VALENCIA ELVIA MARIA	59	0			N								X								25-14	1.786.500	285.900	0	0	0	0	EPS005	1.786.500	223.400	14-23	1.786.500	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 6 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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.	1014736507	ANDRES FELIPE CARO MEDINA	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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.

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,



ELVIA MARIA MEDINA VALENCIA
C.C. 43577828

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1014736507

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35755258

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 40 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA .-. CUNDINAMARCA .-. BOGOTA, DISTRITO CAPITAL .-

Datos del inscrito

Primer Apellido: CARO . . . .
Segundo Apellido: MEDINA . . . .
Nombre(s): ANDRES FELIPE . . . .

Fecha de nacimiento: Año 2004 Mes FEB Día 26
Sexo (en letras): MASCULINO . . .
Grupo Sanguíneo: " A "
Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA.-.CUNDINAMARCA.-.BOGOTA, D.C.-. HOSPITAL SAN JOSE . . . .

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO . - . - . - . - . - .
Número certificado de nacido vivo: A 5462702 . . . . .

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MEDINA VALENCIA ELVIA MARIA . . . .
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 43.577.828 de MEDELLIN (ANT) . . . .
Nacionalidad: COLOMBIANA . - . -.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CARO PULIDO JUAN MANUEL . . . .
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 80.427.522 de MADRID (CUND) . . . .
Nacionalidad: COLOMBIANA . - . -.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CARO PULIDO JUAN MANUEL . . . .
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 80.427.522 de MADRID (CUND) . . . .
Firma: [signature]

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: [signature]

Fecha de inscripción: Año 2004 Mes MAR Día 02

Nombre y firma del funcionario que autoriza: NORBY FERNANDO MORA SANCHEZ (E)
Nombre y firma

Reconocimiento paterno: [signature]

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: NORBY FERNANDO MORA SANCHEZ (E)
Nombre y Firma

[Stamp: NORBY F. MORA SANCHEZ Notario Cuarenta (E)]

INSCRITO EN EL LIBRO DE VARIOS
TOMO 104 FOLIO 233

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned by CamScanner

Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá | Secretaría General Admisiones y Registro Académico

Código de Verificación: **CSC983733956846**

CERTIFICACIÓN DE MATRÍCULA

El Jefe de la Oficina de Apoyo Financiero y el Director de Admisiones y Registro Académico certifican que el(la) estudiante **Andres Felipe Caro Medina** con identificación CC 1014736507, con fecha de nacimiento 2004-02-26 está matriculado(a) para el Primer Período de 2024. El(la) estudiante se encuentra adscrito(a) al (a los) siguiente(s) programa(s):

Tipo de Institución: Privada
Programa: Ciencia de Datos
Nivel: Universitario
Modalidad de enseñanza: Presencial
Duración estimada del programa: 8 Semestres
Jornada del programa: Única (*)
Total créditos del programa: 134

Fecha de inicio del periodo: 2024-01-22
Fecha de finalización del periodo: 2024-06-01

Las clases inscritas para este periodo son las siguientes:

No. Clase	Asignatura	Créditos
5795	Ciencia de datos	2
6102	Estadística Descriptiva	3
3895	Introducción a la programación	3
6410	Lógica y Matemáticas Discretas	3
6533	Matemáticas I	3
10423	Principios de economía	3
4786	Álgebra Lineal	3

Total créditos matriculados: 20
Total horas por semana: 60
Total semanas por periodo lectivo: 18
Total horas por periodo lectivo: 960
Total créditos aprobados: 0
Total créditos inscritos: 0

El valor de la matrícula para este periodo es de: **$13,152,000.00 (Trece Millones Ciento Cincuenta Y Dos Mil pesos M/cte).** El pago de los derechos de matrícula comprende únicamente el valor de los servicios educativos. (**)

Powered by CamScanner