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	68728-162608

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA ANDREA LAGOS VAQUIRO	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	52.971.213	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mlagos@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24077805319
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	SI
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:	6927527/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**103324**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	3

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	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 8.335.684
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			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.425.128,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9478619072**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.159.976,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.786.218	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 223.300	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 285.800	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 6.800	$ 9.400	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	20.865,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 253.048		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 9.295.337	$ 475.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.116.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**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

Apoyar el desarrollo de la formación profesional integral con calidad, oportunidad y eficiencia en los programas de nivel tecnológico,
Apoyar la preparación, desarrollo y evaluación de los procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucio
Gestionar oportunamente en el sistema Sofía Plus, todas las actividades relacionadas con el proceso de Formación Profesional Integral
Asistir y participar en las reuniones programadas por las coordinaciones, comités de evaluación y seguimiento de los aprendices cuando
Gestionar oportunamente los informes mensuales (planillas, reportes, formatos) requeridos sobre las acciones encomendadas y los produc
Aplicar los procesos y procedimientos establecidos por la entidad, para la gestión documental relacionado con el objeto contractual, s
Garantizar el uso adecuado de los ambientes de formación, así como el aseo y cuidado de los equipos y elementos que hacen parte de los
Las demás actividades que de mutuo acuerdo con el Supervisor, sean asignadas al contratista con ocasión de la ejecución del objeto con
Reintegrar los materiales y equipos utilizados en los procesos formativos.

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 ANDREA LAGOS VAQUIRO
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,

MIGUEL ANGEL MONTENEGRO CASTILLO
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
VIVIANA GOMEZ VARGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

12/12/24 09:56:50 USUARIO: SIC - C.C. 52971213

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 52971213		LAGOS VAQUIRO MARIA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 79 D # 57i-03 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7804768	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1107327729	9478619072	I	2024/12/04	2024/12/09	BANCO AV VILLAS	5	$520,700

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)					$1,787,000	$286,000			$1,787,000	$223,400			$0	$0			$1,787,000	$9,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,787,000	$286,000			$1,787,000	$223,400			$0	$0			$1,787,000	$9,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,787,000	$286,000			$1,787,000	$223,400			$0	$0			$1,787,000	$9,400		$0	$0
1	CC	52971213	LAGOS MARIA	230301	30	$1,787,000	$286,000	EPS005	30	$1,787,000	$223,400		0	$0	$0	14-23	30	$1,787,000	$9,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,787,000	$286,000			$1,787,000	$223,400			$0	$0			$1,787,000	$9,400		$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 52971213		LAGOS VAQUIRO MARIA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 79 D # 57i-03 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7804768	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1107327729	9478619072	I	2024/12/04	2024/12/09	BANCO AV VILLAS	5	$520,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$286,000	$1,000	$0	$287,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$286,000	$1,000	$0	$287,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$100	$0	$9,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$100	$0	$9,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,400	$800	$0	$224,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$223,400	$800	$0	$224,200
TOTAL				**1**	**$518,800**	**$1,900**	**$0**	**$520,700**

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 22 de Octubre del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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:

RC	1145935122	Emmanuel Martín Gómez Lagos	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 ANDREA LAGOS VAQUIRO
C.C. 52971213

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 73 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ	LAGOS

Nombre(s)

EMMANUEL MARTIN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ABR Día 17	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	165690703

Datos de la madre o padre (para casos de parejas indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, acatar el preguntar que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

LAGOS VAQUIRO MARIA ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 52971213	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de parejas indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, acatar el preguntar que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GOMEZ BLANCO SIRO ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 80773415	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GOMEZ BLANCO SIRO ANTONIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 80773415	

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 2021 Mes ABR Día 21	HECTOR FABIO CORTES DIAZ

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

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:SI - CORRIGE RESOLUCION 03196/2020 NO SE IMPRIME HUELLAS PLANTARES 21/04/2021 REGISTRO CIVIL

NOTARIA SESENTA Y TRES DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C. ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL PAPEL COMÚN ARTICULO 115.

NOTARIA SESENTA Y TRES DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C. COPIA SE SUMINISTRA GRATUITAMENTE

* ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO *