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	**40497-069152**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA DE LOURDES GONZALEZ ESCOBAR	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	60.376.763	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mgonze@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	15229828727
IP/Nº de contacto:	3224606791	**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:	Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5871445/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**28124**	**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	Honorarios profesionales a persona NO declarante d	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		----------	**7947612152**
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

1.Apoyar el desarrollo de la formación profesional integral con calidad, oportunidad y eficiencia en programas de nivel tecnológico laboral, y complementario según su modalidad de acuerdo con la programación de las fichas de caracterización.

3.Gestionar oportunamente en el sistema Sofía Plus, todas las actividades relacionadas con el proceso de Formación Profesional Integra

4.Verificar el correcto registro de datos de los aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS e informar las novedades a la Coordinación.

8.Asistir y participar en las reuniones programadas por las coordinaciones, comités de evaluación y seguimiento de los aprendices

9. Apoyar la participación en la programación y ejecución del proceso de inducción de los aprendices y el reconocimiento de aprendizajes previos relacionados con el área de formación.

12. Gestionar oportunamente los informes mensuales (planillas, reportes, formatos) requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de aprendizaje realizados por aprendices a quienes imparte Formación Profesional.

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 DE LOURDES GONZALEZ ESCOBAR
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

LUIS ALEJANDRO CARREÑO HERNANDEZ
INSTRUCTOR

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 08:45:23 USUARIO: SIC - C.C. 60376763

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	60376763
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA DE LOURDES GONZALEZ ESCOBAR
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 59 152B-74	TELÉFONO:	5250277
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Formación académica no formal.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7947612152**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	noviembre
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1093302996

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 285.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 285.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 223.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 223.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 518.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 518.500**

Planilla Pagada

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 13 de diciembre 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.	**1011090300**	**MARIA CAMILA GARZÓN GONZÁLEZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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: MARIA DE LOURDES GONZALEZ ESCOBAR

C.C. 60.376.763 de Cúcuta

UNIVERSIDAD EAFIT®
NIT: 890.901.389-5

MARIA CAMILA GARZON GONZALEZ
CALLE 1 43D-30
Tel: 311/889-4752
Medellín - Antioquia

Orden de Pago No. 0000000099110000082822
Pregrado
Diseño Interactivo
SNIES

ORDEN DE PAGO

CICLO:	2466	FECHA:	19/06/2024
CODIGO/EMPLID:	1000304160	IDENTIFICACIÓN:	1011090300

CONCEPTO	UNIDADES	VALOR
MATRIC. PREG. MED.	25	$ 13,437,000

FECHAS DE PAGO		
FECHA ORDINARIA	08/07/2024	$ 13.437.000
FECHA RECARGO EXTEMPORÁNEO 1 (2%)	26/07/2024	$ 13.705.740

Realice el pago en línea desde su autoservicio en EPIK o presentando este documento en los siguientes bancos: Bancolombia, Davivienda, Banco de Bogotá, AV Villas o Banco de Occidente.
En la fecha límite de pago, los bancos no reciben en horario adicional.
Este documento es solo un soporte para el pago, cuando finalice la prestación del servicio se emitirá la factura electrónica y esta se enviará al correo electrónico que tiene registrado en la base de datos de la Universidad
El pago de los derechos de matrícula, conlleva a la manifestación expresa de que el estudiante conoce y acepta la totalidad de los reglamentos vigentes en la Universidad.
Dichos reglamentos regirán la relación del estudiante con la institución y podrán ser unilateralmente modificados en cualquier tiempo por esta, siguiendo los procedimientos internos que tiene establecidos para ello.
La Universidad podrá cancelar la matrícula que no cumpla con la totalidad de los requisitos. Así mismo, se reserva el derecho de realizar ajustes a los programa académicos de pregrado y posgrado de acuerdo a políticas institucionales.
Para adquirir calidad de estudiante deberá pagar el 100% del valor esta liquidación.

Vigilada Mineducación.
Los saldos a favor de un estudiante tienen vigencia de 2 años, tiempo en el cual podrá utilizarlos en diferentes servicios de la Institución o solicitar la devolución, si aplica

DOCUMENTO PARA EL ESTUDIANTE

Vigilado MinEducación

UNIVERSIDAD EAFIT®
NIT: 890.901.389-5

Orden de Pago No. 0000000099110000082822
Pregrado
Diseño Interactivo
SNIES

08/07/2024
(415)7709998001190(8020)1000304160991100000822822(3900)13437000(96)20240708

26/07/2024
(415)7709998001190(8020)1000304160991100000822822(3900)13705740(96)20240726

ESTUDIANTE: MARIA CAMILA GARZON GONZALEZ
CODIGO/EMPLID: 1000304160

FORMAS DE PAGO

Cod. Bco.	No. Cheque	Cantidad Cheques	Valor	
			Efectivo	
			Cheque de Este Banco	
			Cheque de Otro Banco	

DOCUMENTO PARA EL BANCO / CAJA

Vigilado MinEducación

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1011090300

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39751773

3975177

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 38 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 1 F

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C. - BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GARZON	GONZALEZ

Nombre(s): MARIA CAMILA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes DIC Día 16	FEMENINO	A	+

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C. - BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLI. PALERMO	A 6790865

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ ESCOBAR MARIA DE LOURDES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 60376763	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GARZON MARTINEZ JORGE EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79689801	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GARZON MARTINEZ JORGE EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 79689801	X

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2005 Mes DIC Día 19	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ELADIO SIERRA AVILA
L.V. 145 FOLIO 55

NOTARIA 38
PRIMERA COPIA
GRATUITA

ESTE REGISTRO TIENE VIGENCIA PERMANENTE ART. 2 DECRETO 2.189 DE 1983
César Augusto Lima Muñoz
NOTARIO 38 (E) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

EL NOTARIO TREINTA Y OCHO (E)
DEL CIRCULO DE BOGOTA, D.C.
REGISTRO CIVIL
21 DIC 2005
Certifica que la presente fotocopia coincide
Notaría

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 36 DE BOGOTA

- ORIGINAL OFICINA DE REGISTRO -