

 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 INDUSTRIAL Y DESARROLLO DE SOACHA-CUNDINAMARCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		25	
			Código Centro		923210	
			Fecha Elaboración		Diciembre de 2024	
			Versión		MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso		39691-003001	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ TRIANA			Banco a consignar:		BANCO CAJA SOCIAL	
Cédula de Ciudadanía 52.854.030			Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico: cpramirez@sena.edu.co			Número de Cuenta:		24514006868	
IP/N° de contacto: 3144706871			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						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						
N° del contrato: 5814618/2024		N° Compromiso SIIF 6524		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA COMO INSTRUCTOR CON EL PROPÓSITO DE ATENDER LAS NECESIDADES DE FORMACIÓN REGULAR EN LAS ÁREAS ASOCIADAS A LA RED DE CONOCIMIENTO ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE DEL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del 01/12/2024 Al 14/12/2024		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 2.083.921		
Número de pago 11		Valor Total del Contrato:		\$ 46.739.371		
Valor Bruto Pago: \$ 2.083.921,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 0		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios \$ 2.083.921		Ninguno		0,00%		
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 4.465.545		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 6.549.466		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.366.219						
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Diciembre	Noviembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.366.219,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	82649059	Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.713.421,00	
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 - SOACHA	10.281,00	0,600%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 285.800			0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 223.300			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 9.400			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 286.600			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		\$ 654.947		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta \$ 753.040		\$ 223.900		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% \$34.082.904		\$ 1.122.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 8.474.123				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$				VALOR A PAGAR	\$2.073.640,00	
SON: DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
2834499 ANIMACIÓN DIGITAL 8 HORAS						
2977428 ADSO 10 HORAS						
2977430 ADSO 8 HORAS						
2977431 ADSO 8 HORAS						
2977429 ADSO 8 HORAS						
2834762 DESARROLLO PUBLICITARIO 10 HORAS						
2977427 ADSO 8 HORAS						
2977184 ANIMACIÓN DIGITAL 10 HORAS						
2977185 ANIMACIÓN DIGITAL 10 HORAS TOTAL HORAS 80						
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				CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ TRIANA EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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 periodo 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.				ALBA CONSUELO CASAS FONSECA INSTRUCTOR 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 ARGEMIRO CELIS CASTRO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/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	09/12/2024	82048621	\$555.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	223.600	0		0		0	0	0	0	223.600	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	286.200	0	0	0	0	0	0		286.200	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	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.800	0	0	35.800	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	223.600	223.600
Pensión	1	286.200	286.200
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	1	35.800	35.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	555.000	555.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52854030	CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ TRIANA		CRA 6ta este # 31-91	8822122	ingcprt@misena.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82048621	10
					TOTAL A PAGAR
					\$555.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOA	IOB	VAC	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	52854030	RAMIREZ TRIANA CLAUDIA PATRICIA	59	0		N																			25-14	1.788.218	286.200	0	0	0	0	EPS008	1.788.218	223.600	14-23	1.788.218	1	9.400	CCF24	1.788.218	35.800	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52854030	CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ TRIANA		CRA 6ta este # 31-91	8822122	ingcprt@misena.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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	
2024-12	2024-12	I	13/12/2024	82649059	\$333.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	134.200	0		0		0	0	0	0	134.200	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	171.700	0	0	0	0	0	0		171.700	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	5.700				5.700	0	0	5.700			57	5.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	21.500	0
						0	0
						21.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	134.200	134.200
Pensión	1	171.700	171.700
Riesgos Laborales	1	5.700	5.700
CCF	1	21.500	21.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	333.100	333.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52854030	CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ TRIANA		CRA 6ta este # 31-91	8822122	ingcprt@misena.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10
TOTAL A PAGAR					
2024-12	2024-12	I	13/12/2024	82649059	\$333.100

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	52854030	RAMIREZ TRIANA CLAUDIA PATRICIA	59	0		N	X																		25-14	1.072.931	171.700	0	0	0	0	EPS008	1.072.931	134.200	14-23	1.072.931	1	5.700	CCF24	1.072.931	21.500	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52854030	CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ TRIANA		CRA 6ta este # 31-91	8822122	ingcprt@misena.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
82649059	13/12/2024				EMPLEADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR					
2024-12	2024-12	N			13/12/2024	82658753	\$70,200

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	28.300	0		0		0	0	0	0	28.300	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	36.300	0	0	0	0	0	0		36.300	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	1.100				1.100	0	0	1.100			11	1.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	4.500	0

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	28.300	28.300
Pensión	1	36.300	36.300
Riesgos Laborales	1	1.100	1.100
CCF	1	4.500	4.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	70.200	70.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52854030	CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ TRIANA		CRA 6ta este # 31-91	8822122	ingcprt@misena.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
82649059	13/12/2024				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10
2024-12	2024-12	N	13/12/2024	82658753	TOTAL A PAGAR
					\$70.200

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	52854030	RAMIREZ TRIANA CLAUDIA PATRICIA	59	0		N	X																		25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	1	6.800	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SOACHA, 1 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
SOACHA

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.	1029220264	Kevin Santiago Gonzalez Ramirez	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,

CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ TRIANA
C.C. 52854030



UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

NIT 8600123576

FINR17_GWT*

Recibo de pago de matrícula y otros derechos 1746956

Fecha de impresión 27 de febrero de 2024 22:18:35

Liquidado Por SINU

Ciudad Sede Bogotá

DAVIVIENDA DAVI AHO.

CTA. 008800165477

FECHA DE EXPEDICIÓN 12 de enero de 2024

NOMBRE	GONZALEZ RAMIREZ KEVIN SANTIAGO		
No. IDENTIFICACIÓN	1029220264	Código: 2319291	Tel. 3204118925
PERIODO	20241		
PROGRAMA ACAD.	12035 - NEGOCIOS INTERNACIONALES (JORNADA DIURNA)		
NIVEL ACTUAL	6		
CONCEPTO	103005-T - PR_MAT_I_SM_PR.	\$ 7,909,000.00 COP	
CONCEPTO	109011-T - DCTO GOBERNACION DE CUNDI.	\$ 1,977,250.00 COP	

CONCEPTO DE PAGO	VALOR	FECHA LÍMITE
Ordinaria	\$ 5,931,750.00 COP	22/12/2023
10% Recargo	\$ 6,524,925.00 COP	19/01/2024

SELLO
DEL
BANCOE
S
T
U
D
I
A
N
T
E

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

NIT 8600123576

FINR17_GWT*

Recibo de pago de matrícula y otros derechos 1746956

Fecha de impresión 27 de febrero de 2024 22:18:35

DAVIVIENDA DAVI AHO.

CTA. 008800165477

FECHA DE EXPEDICIÓN 12 de enero de 2024

NOMBRE	GONZALEZ RAMIREZ KEVIN SANTIAGO		
No. IDENTIFICACIÓN	1029220264	Código: 2319291	Tel. 3204118925
PERIODO	20241		
PROGRAMA ACAD.	12035 - NEGOCIOS INTERNACIONALES (JORNADA DIURNA)		
NIVEL ACTUAL	6		
CONCEPTO	103005-T - PR_MAT_I_SM_PR.	\$ 7,909,000.00 COP	
CONCEPTO	109011-T - DCTO GOBERNACION DE CUNDI.	\$ 1,977,250.00 COP	

CONCEPTO DE PAGO	VALOR	FECHA LÍMITE
Ordinaria	\$ 5,931,750.00 COP	22/12/2023
10% Recargo	\$ 6,524,925.00 COP	19/01/2024

SELLO
DEL
BANCOU
N
I
V
E
R
S
I
D
A
D

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

NIT 8600123576

FINR17_GWT*

Recibo de pago de matrícula y otros derechos 1746956

Fecha de impresión 27 de febrero de 2024 22:18:35

DAVIVIENDA DAVI AHO.

CTA. 008800165477

FECHA DE EXPEDICIÓN 12 de enero de 2024

NOMBRE	GONZALEZ RAMIREZ K...	
No. IDENT.	1029220264	
PERIODO	20241	
PROG.	12035 - NEGOCIOS INT...	
NIVEL ACTUAL	6	
CONCEP.	PR_MAT_I_SM_PR.	
CONCEP.	DCTO GOBERNACION D.	

CONC. DE PAGO	VALOR	FEC. LÍMITE
Ordinaria	\$ 5,931,750.00 COP	22/12/2023
10% Recargo	\$ 6,524,925.00 COP	19/01/2024

Cod. BCO.	No. CHEQ. GER.	VALOR
	EFFECTIVO	
	TOTAL	

Ordinaria \$ 5,931,750.00 COP PAGUE HASTA 22/12/2023



(415)7707237886454(8020)001029220264700017469569(3900)0005931750(96)20231222

10% Recargo \$ 6,524,925.00 COP PAGUE HASTA 19/01/2024



(415)7707237886454(8020)001029220264700017469569(3900)0006524925(96)20240119

B
A
N
C
O

VIGILADA MINEDUCACIÓN