

 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		39610-353499		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:		DIANA ZAPATA CIFUENTES		Banco a consignar:		BANCO DE BOGOTA	
Cédula de Ciudadanía		52.306.195		Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico:		dizapata@sena.edu.co		Número de Cuenta:		143083624	
IP/N° de contacto:		3135496731		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							
N° del contrato:		5832215/2024		N° Compromiso SIIF		13424	
				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 RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DESARROLLO EMPRESARIAL SOACHA					
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del		01/12/2024		Al		14/12/2024	
Número de pago		11		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 2.083.921	
Valor Bruto Pago:		\$ 2.083.921,00		Valor Total del Contrato:		\$ 46.739.371	
				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					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 6.549.466		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.748.719		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	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		1068116989/100		Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000		\$ 1.786.218		Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	
ARL		\$ 6.800		\$ 9.400		Reteica - 8299 - SOACHA	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 285.800				-	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 223.300				-	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 9.400				-	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				-	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Otras Retenciones	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones	
Dependientes hasta		\$ 654.947				Otras Retenciones	
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones	
Renta Exenta 25%		\$ 34.082.904		\$ 1.250.000		Otras Retenciones	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 8.750.000				-	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				-	
						Descuentos de embargo (Si tiene)	
						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							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Garantizar la Formación Profesional Integral de las Fichas:							
2672352 - COORDINACION DE PROCESOS LOGISTICOS 39.8 horas							
2877058 - INTEGRACION DE CONTENIDOS DIGITALES 36 horas							
TOTAL HORAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS:75.8 horas							
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						DIANA ZAPATA CIFUENTES 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)							

PAGADO 06/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA ZAPATA CIFUENTES		
Documento	CC52306195	Dirección	TRAV 79 D 72 B 13 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3135496731
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	UMA	VAC	VAC	VCT	IND	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 52306195	DIANA ZAPATA CIFUENTES	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.786.218	\$ 285.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.786.218	\$ 223.300	0,522	\$ 1.786.218	\$ 9.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 518.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.786.218	\$ 1.786.218	\$ 1.786.218	\$ 0	\$ 285.800	\$ 223.300	\$ 9.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 518.500	\$ 0	\$ 518.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGADO 09/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA ZAPATA CIFUENTES		
Documento	CC52306195	Dirección	TRAV 79 D 72 B 13 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3135496731
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	LMC	VAC	VAP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 52306195	DIANA ZAPATA CIFUENTES	59	00								X									0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.300.000	\$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.300.000	\$ 162.500	0,522	\$ 1.300.000	\$ 6.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 377.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 208.000	\$ 162.500	\$ 6.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 377.300	\$ 0	\$ 377.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!



PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 22 de diciembre de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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 párrafo 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:

T.I.	1012386080	MARIAJOSÉ BELTRAN ZAPATA	HIJO
-------------	-------------------	---------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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 DIANA ZAPATA CIFUENTES

C.C. 52306195



REPÚBLICA DE COLOMBIA


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

Adhesivo Copia
Registro Civil
4394338-4

NUIP	1.012.386.080	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	Indicativo Serial	44324413
------	---------------	---	----------------------	----------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	A 2 B
---	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------	-------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE BOGA BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
BELTRAN		ZAPATA	
Nombre(s)			
MARIAJOSE			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	2010	Mes	MAR
Día	06	FEMENINO	O
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)			
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo
102600018

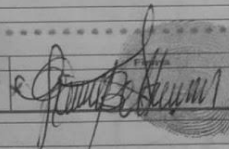
Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
ZAPATA CIFUENTES DIANA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.308.195	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
BELTRAN ORTIZ YIMI ALEXANDER	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79.992.382	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
BELTRAN ORTIZ YIMI ALEXANDER	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 79.992.382	

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

Año	2010	Mes	MAR	Día	11
-----	------	-----	-----	-----	----

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LEONEL TORRES NAVAS - REGISTRADOR
Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO