

SENA

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

Código Centro

Fecha Elaboración

Versión

ID de Proceso

25

923210

Diciembre de 2024

MARZO 2024 - 2.24

24317-292641

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:

Cédula de Ciudadanía

Correo electrónico:

IP/N° de contacto:

Inducción SST:

Régimen del IVA:

MIGUEL ANDRES SIERRA CACERES

80.256.718

msierrac@sena.edu.co

3219003376

SI

NO RESPONSABLE

Banco a consignar:

Tipo de cuenta:

Número de Cuenta:

Presta Servicios Excluidos de IVA:

Pertenece al régimen simple de tributación:

Es declarante de renta por el año gravable 2023

BANCO CAJA SOCIAL AHORROS

24029372928

SI

NO

SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?

Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000

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)

¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?

Concepto del pago corresponde a:

NO

NO

NO

NO

Ninguno

TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.

0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:

Nº Compromiso SIIF

5829206/2024

8024

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 EJECUCION DE PROGRAMAS DEPORTIVOS, del Centro Industrial y de Desarrollo Empresarial de Soacha

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del

01/12/2024

Al

14/12/2024

Número de pago

11

Valor Bruto Pago:

\$ 2.083.921,00

Saldo Anterior del Contrato:

\$ 2.083.921

Valor Total del Contrato:

\$ 46.739.371

Nuevo Saldo del Contrato:

\$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios

Ingresos por comisiones

Ingresos de otros meses cobrados en el mes

TOTAL INGRESOS DEL PERIODO

BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE

\$ 2.083.921

\$ 0

\$ 4.465.545

\$ 6.549.466

\$ 3.748.719

Ninguno

Retencion en la Fuente del Periodo

Menos, Retefuente Otros Ingresos

TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO

0,00%

\$ 0

\$ 0

\$ 0

LIIQUIDADIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDADIÓN DEL NETO A PAGAR

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS

Ingreso Base de Cotización - IBC

Aporte obligatorio a seguridad social salud

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional

ARL

Diciembre

\$ 1.300.000

\$ 162.500

\$ 208.000

\$ -

\$ 6.800

Noviembre

1067958821

\$ 1.786.218

\$ 223.300

\$ 285.800

\$ 0

\$ 9.400

Base retención en la fuente a título de RENTA

Base retención en la fuente a título de ICA

Valor base IVA

IVA (Si es RESPONSABLE)

Menos Retención en la Fuente

Menos Retencion IVA

Reteica - 8299 - SOACHA

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Descuentos de embargo (Si tiene)

VALOR A PAGAR

3.748.719,00

1.713.421,00

0,00

0,00

0,00

0,00

10.281,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

\$2.073.640,00

TARIFA

19%

0,00%

15%

0,600%

0%

0%

0%

0,000%

0,000%

0,000%

0,000%

0,000%

0,00

SON: DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

GARANTIZAR LA FORMACION INTEGRAL FICHA: 2826769 PREPARACION FISICA 36,00 HORAS

GARANTIZAR LA FORMACION INTEGRAL FICHA: 3063667 PREPARACION FISICA 20,90 HORAS

GARANTIZAR LA FORMACION INTEGRAL FICHA: 2827004 HABITOS SALUDABLES 8,00 HORAS

GARANTIZAR LA FORMACION INTEGRAL FICHA: 2964302 HABITOS SALUDABLES 8,00 HORAS

TOTAL HORAS: 72,90 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

MIGUEL ANDRES SIERRA CACERES
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,

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)



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 06:53:51 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1068273249

Periodo Cotización: diciembre de 2024

Periodo Servicio: diciembre de 2024

PAGADO 09/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MIGUEL ANDRES SIERRA CACERES		
Documento	CC80256718	Dirección	CR 6A ESTE #38 - 91
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3219003376
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	IGE	LMA	VAC	JVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días AFP	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 80256718	MIGUEL ANDRES SIERRA CACERES	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1,300,000	\$ 208,000	(EPS017) FAMILIAR 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!



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-22, 10:50:11 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1067958821

Periodo Cotización: noviembre de 2024

Periodo Servicio: noviembre de 2024

PAGADO 09/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MIGUEL ANDRES SIERRA CACERES		
Documento	CC80256718	Dirección	CR 6A ESTE #38 - 91
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3219003376
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
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	EST	PRE	P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	IGE	SLN	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AEP	Dias EPS	Dias ERP	Dias 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 80256718	MIGUEL ANDRES SIERRA CACERES	59	00																			0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1,786,218	\$ 285,800	(EPS017) FAMILIAR 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.

¡El Poder de lo SIMPLE!



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Soacha, 9 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:

T.I.	1.023.026.718	SAMUEL ANDRES SIERRA QUIROGA	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: MIGUEL ANDRES SIERRA CACERES
C.C. 80256718



REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP	1.023.026.718	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	Indicativo Serial	152754301															
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina																			
Registratura	☒	Notaría	☐	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A 7 B						
País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía					REGISTRADURIA DE USME BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D														
Datos del inscrito					Datos del inscrito														
Primer Apellido					Segundo Apellido														
SIERRA					QUIROGA														
Nombre(s)					Nombre(s)														
SAMUEL ANDRES					SAMUEL ANDRES														
Fecha de nacimiento					Sexo (en letras)					Grupo sanguíneo					Factor RH				
Año 2016 Mes MAR Día 30					MASCULINO					O					POSITIVO				
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)					Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)														
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.					COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.														
Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos					Número certificado de nacido vivo														
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO					13176729-9														
Datos de la madre					Apellidos y nombres completos														
QUIROGA ROJAS LIZETH BIBIANA					QUIROGA ROJAS LIZETH BIBIANA														
Documento de identificación (Clase y número)					Nacionalidad														
CC 1.022.966.601					COLOMBIA														
Datos del padre					Apellidos y nombres completos														
SIERRA CACERES MIGUEL ANDRES					SIERRA CACERES MIGUEL ANDRES														
Documento de identificación (Clase y número)					Nacionalidad														
CC 80.256.718					COLOMBIA														
Datos del declarante					Apellidos y nombres completos														
SIERRA CACERES MIGUEL ANDRES					SIERRA CACERES MIGUEL ANDRES														
Documento de identificación (Clase y número)					Firma														
CC 80.256.718					Miguel Andres Sierra														
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 2016 Mes ABR Día 08					MARIA CAROLINA MEDINA BECERRA - R														
Reconocimiento paterno					Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento														
Miguel Andres Sierra					MARIA CAROLINA MEDINA BECERRA - R														
Firma					Nombre y firma														
ESPACIO PARA NOTAS					ESPACIO PARA NOTAS														
08.ABR.2016 - LIBRO DE VARIOS - T146 F272. JAQUICO					08.ABR.2016 - LIBRO DE VARIOS - T146 F272. JAQUICO														

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -