

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS		Código Regional	68	
			Código Centro	930910	
			Fecha Elaboración	22 de Marzo de 2024	
			Versión	ENERO 2024 - 1,24	
		ID de Proceso	72676-917795		
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		ROSA HELENA MORANTES MARTINEZ		C.C.	60.446.730
Correo electrónico contratista:		rhmorantes@sena.edu.co		IP/N° de contacto	3166529719
Régimen del IVA:		☐ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
				Es declarante de renta?	☐ NO
				Es Pensionado?	☐ NO
Banco al cual consignar:		DAVIVIENDA		Inducción SST	☐ SI
				Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		☐ NO		Tipo de cta	AHORROS
				N° Cuenta	0550046001051104
				Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)	☐ NO
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° del contrato:		5798136/2024		N° Compromiso SIIF	11624
Valor Total del Contrato		\$ 45.994.650		N° Pago	3
Saldo Anterior del Contrato		\$ 40.487.200		Periodo objeto de pago	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 36.021.700		Del	01/03/2024
				Al	31/03/2024
				Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION EN EL PROGRAMA ARTICULACION CON LA MEDIA CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET. PL 309 DIAS VR MES \$ 4.465.500,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.500		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.465.500		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.625.338		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Marzo		Febrero	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.200		\$ 1.786.200	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL		\$ 9.400		\$ 9.400	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 9.805.208		\$ -	
\$ 1.116.375		\$ -		\$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ 14.903.916		\$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ 14.903.916		\$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ 4.706.500		\$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -	
Dependientes hasta		\$ 1.506.080		\$ 446.550	
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -	
Renta Exenta 25%		\$ 3.098.445		\$ 875.113	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		\$ -	
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA	
				Valor base IVA	
				IVA (Si es RESPONSABLE)	
				Menos Retención en la Fuente	
				Menos Retencion IVA	
				Reteica - 8523	
				Otras Retenciones	
				Otras Retenciones	
				Otras Retenciones	
				Sobretasa Bomberil	
				Descuentos de Libranza	
				Descuentos de embargo (Si tiene)	
				VALOR A PAGAR	
				\$4.434.165,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Proceso de formación de la ficha 2712103 de grado 11. Inicio de la formación en grado 10 fichas: 2914342, 2914344, 2914355, 2914383. Acompañamiento Institución Privada Santa Isabel de Hungría fichas grado 11 2728059 y 2728075 Inducción fichas grado 10 del mismo coleg. Participación en jornadas de PEDAGOGICAS Y DE INDUCCION. Participación de las reuniones e inducciones programadas por el Centro de Servicios Empresariales y Turisticos. Gestionamiento de las actas de compromiso de colegios T.E. José María Estévez, Santa Isabel de Hungría, Instituto Técnico Santo Tomás. Gestionamiento de las actas de grado 10 y 11 solicitadas. Registro de inasistencia en SENA SOFIA plus. Inscripciones aprendices fichas 10 2914341 2914342 2914344 2914352 2914355 2914383 Crear rutas de aprendizaje y asociacion aprendices. Solicitar cartas de retiros grado undécimo fichas 2712103, 2728059 y 2728075, radicarlas y entrega al líder de articulación.					
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 diligenciados.					
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,					
Firmado digitalmente por Edward Alberto Guerrero Pineda Fecha: 2024.03.08					
EDWARD ALBERTO GUERRERO PINEDA 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					
WILSON BASTOS DELGADO					
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	60446730	ROSA HELENA MORANTES MARTINEZ		KR 18 OCCIDENTE 36 81	6076866466	rosahelenamorantesmartinez@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-03	2024-03	I	04/03/2024	75200034	TOTAL A PAGAR \$518.500

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	223.300	0		0		0	0	0	0	223.300	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
231001	Colfondos	800227940-6	285.800	0	0	0	0	0	0		285.800	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

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	223.300	223.300
Pensión	1	285.800	285.800
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.500	518.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	60446730	ROSA HELENA MORANTES MARTINEZ		KR 18 OCCIDENTE 36 81	6076866466	rosahelenamorantesmartinez@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

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
2024-03	2024-03	I	04/03/2024	75200034	10
					TOTAL A PAGAR
					\$518.500

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	VSP	VST	SLN	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	60446730	MORANTES MARTINEZ ROSA HELENA	59	0		N																			231001	1.786.200	285.800	0	0	0	0	EPS010	1.786.200	223.300	14-23	1.786.200	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



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 CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bucaramanga, 06 de marzo 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.	63272389	OMAIRA MORANTES MARTINEZ	MADRE
-------------	-----------------	---------------------------------	--------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: Rosa Helena Morantes Martínez

C.C. 60.446.730

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO



REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	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.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO

CERTIFICA

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 5 del párrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, la señora **OMAIRA MORANTES MARTINEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 63.272.389 de Bucaramanga, residente de la ciudad de Bucaramanga, edad 67 años; es la madre de **ROSA HELENA MORANTES MARTINEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 60.446.730 de Cúcuta.

Se expide a solicitud del interesado, en Bucaramanga, febrero 9 de 2024.

Atentamente,



LUZ ADRIANA MORANTES RODRIGUEZ

C.C. 63.355.862 de Bucaramanga

TP. 163704-T