

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 CAUCA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		19			
			Código Centro		930710			
			Fecha Elaboración		Marzo de 2024			
			Versión		MARZO 2024 - 2,24			
			ID de Proceso		38908-625286			
DATOS DEL CONTRATISTA								
Nombres y apellidos:		LEIDY MARIANI DORADO FLOREZ		Banco a consignar:		BANCO COLPATRIA		
Cédula de Ciudadanía		1.061.738.552		Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico:		lmdorado@sena.edu.co		Número de Cuenta:		9492026139		
IP/N° de contacto:		221444		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:		5838116/2024		N° Compromiso SIIF		12924		
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		10		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista, impartiendo formación profesional integral presencial, a distancia o virtual; en los programas de titulada regular, del centro de comercio y servicio del SENA Regional Cauca, perteneciente al área o red de conocimiento: Informática y Desarrollo de Software, según las necesidades del servicio, en el o los municipios del						
DATOS PERIODO DEL PAGO								
Del		01/03/2024		Al		31/03/2024		
Número de pago		3		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 35.724.360		
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 40.934.163		
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 31.258.815		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		Ninguno		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		\$ 4.465.545		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.625.490		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR								
		Marzo		Febrero		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		9463687878		Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.465.545,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 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		\$ 9.400		\$ 9.400		Reteica - 300 - POPAYAN	8.931,00	0,200%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -					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		\$ 446.555				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 30.984.458		\$ 875.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 1.022.754					0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
						VALOR A PAGAR	\$4.456.614,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE								
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Impartir formación en la ficha 2711891 del programa de ADSO de Popayán								
Impartir formación en la ficha 2680967 del programa de ADSO de Popayan								
Impartir formación en la ficha 2774315 del programa de ADSO de Popayán								
Impartir formación en la ficha 2616043 del programa de ADSO de Popayán								
Realizar seguimiento a aprendices asignados								
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								
<div><div>LEIDY MARIANI DORADO FLOREZ EL CONTRATISTA</div></div>								
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO								
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 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.								
<div><div>OLGA LUCIA HOYOS ASTUDILLO INSTRUCTOR</div></div>								
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 HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)								

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1061738552		DORADO FLOREZ LEIDY MARIANI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Lagos de morinda parcela 84	POPAYAN-CAUCA	8363543	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	485575973	9463687878	I	2024/03/13	2024/03/01	SCOTIABANK COLPATRIA	0	\$554,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$ 1,786,218	\$285,800			\$ 1,786,218	\$223,300			\$ 1,786,218	\$35,800			\$ 1,786,218	\$9,400		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$ 1,786,218	\$285,800			\$ 1,786,218	\$223,300			\$ 1,786,218	\$35,800			\$ 1,786,218	\$9,400		\$0	\$0	
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					\$ 1,786,218	\$285,800			\$ 1,786,218	\$223,300			\$ 1,786,218	\$35,800			\$ 1,786,218	\$9,400		\$0	\$0	
1	CC	1061738552	DORADO LEIDY	230301	30	\$ 1,786,218	\$285,800	EPS005	30	\$ 1,786,218	\$223,300	CCF14	30	\$ 1,786,218	\$35,800	14-23	30	\$ 1,786,218	\$9,400	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$ 1,786,218	\$285,800			\$ 1,786,218	\$223,300			\$ 1,786,218	\$35,800			\$ 1,786,218	\$9,400		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061738552		DORADO FLOREZ LEIDY MARIANI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Lagos de morinda parcela 84	POPAYAN-CAUCA	8363543	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	485575973	9463687878	I	2024/03/13	2024/03/01	SCOTIABANK COLPATRIA	0	\$554,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$285,800	\$0	\$0	\$285,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$285,800	\$0	\$0	\$285,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,400	\$0	\$0	\$9,400	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,400	\$0	\$0	\$9,400	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,800	\$0	\$0	\$35,800	
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	\$35,800	\$0	\$0	\$35,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$223,300	\$0	\$0	\$223,300	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$223,300	\$0	\$0	\$223,300	
TOTAL				1	\$554,300	\$0	\$0	\$554,300	



**Pago exitoso por
\$554,300**

Destino:

APORTES EN LINEA

Referencia de pago (CUS ID):

485575973

Origen:

Cuenta de ahorros • 6139

Mar 01, 2024 - 08:55 AM



Descargar

Volver al comercio



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

POPAYAN, 30 de Enero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
POPAYAN

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:

RC	1058940873	Arianna Benavides Dorado	Hijo(a)
----	------------	--------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

LEIDY MARIANI DORADO FLOREZ
C.C. 1061738552



REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60700282

NUIP
1058940873

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código F 2 H

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

COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN, NOTARIA 2 POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido

BENAVIDES

Segundo Apellido

DORADO

Nombre(s)

ARIANNA

Fecha de nacimiento

Año 2019

Mes OCT

Día 07

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

15200268-3

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

DORADO FLOREZ LEIDY MARIANI

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 1061738552

COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BENAVIDES MOSQUERA JUAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC No. 1002969715

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BENAVIDES MOSQUERA JUAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC No. 1002969715

Juan Camilo B. Mosquera

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 2019

Mes OCT

Día 25

Nombre y firma del funcionario que autorizó

FABIO ANDRES CASTRO BRAVO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

FABIO ANDRES CASTRO BRAVO

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



Notaria
segunda
del circuito de Papayán
CERTIFICA
Que esta fotocopia corresponde al folio de registro
Civil de: **NACIMIENTO**
que se hizo en el
Papayán, **29 OCT 2019**
FOLIO DE REGISTRO
MARIA DEL ROSARIO GUELLAR DE IBARRA
NOTARIA SEGUNDA

