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 ATLÁNTICO

CENTRO ATENCIÓN SECTOR AGROPECUARIO- ATLÁNTICO

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**8**
Código Centro	**910310**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**77055-859249**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JOSE DEL SOCORRO TAPIA NIEVES	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	7.628.728	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	josedelsocorro1976@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	488443562399
IP/Nº de contacto:	3022509094	**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

Nº del contrato:	5852260/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**29424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA EL DESARROLLO DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL ÁREA DE OPERACION DE MAQUINARIA AGRICOLA EN LA ESTRATEGIA CAMPESENA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024**	**Al**	**31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 42.273.826
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 44.060.044
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 37.808.281

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	$ 1.786.218		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.251.763**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.016.963**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9463927864**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 9.400	$ 6.800
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 208.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 162.500	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 6.800	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.339.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 352.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.016.963,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - SABANALARGA	0,00	0,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.465.545,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional en los programas que relaciono: Operario de guadaña, básico de tractor. Fichas 2946557,2946553,2932077.

Si aplica en las actividades Realizadas en la plata forma territorio

Realizar la evaluación de juicios evaluativos al terminar la formación los aprendices

Recolección de documentos y registrar en Sofia plus

Realización de guías de aprendizajes

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

JOSE DEL SOCORRO TAPIA NIEVES
EL CONTRATISTA

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 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,

CESAR MENDOZA ALVARADO
INSTRUCTOR

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
MARIA NELLY FLOREZ RODRIGUEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7628728		TAPIAS NIEVES JOSE DEL SOCORRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 15 N°12A 05	SANTA MARTA-MAGDALENA	4228642	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	491724552	9463927864	I	2024/03/07	2024/03/04	NEQUI	0	$552,700

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			$0	$0			$1,786,218	$43,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$43,600		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$43,600		$0	$0
1	CC 7628728	TAPIA JOSE	230301	30	$1,786,218	$285,800	EPS002	30	$1,786,218	$223,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,786,218	$43,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$43,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7628728		TAPIAS NIEVES JOSE DEL SOCORRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 15 N° 12A 05	SANTA MARTA-MAGDALENA	4228642	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	491724552	9463927864	I	2024/03/07	2024/03/04	NEQUI	0	$552,700

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	$43,600	$0	$0	$43,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$43,600	$0	$0	$43,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,300	$0	$0	$223,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$223,300	$0	$0	$223,300
TOTAL				1	$552,700	$0	$0	$552,700

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 13 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:

T.I.	**1084058187**	**LUCIANA TAPIA DE HORTA**	**HIJO**

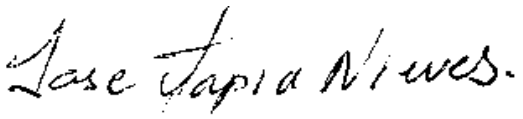
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: _____JOSE DEL SOCORRO TAPIA NIEVES _____

C.C. ___7628728_____

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP ~~1084058187~~

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52511614

52511614

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 19

No. Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA MAGDALENA SANTA MARTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TAPIA	DE HORTA

Nombre(s)

LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes AGO Día 14	FEMENINO	O	+

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

COLOMBIA MAGDALENA SANTA MARTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NAIDO VIVO	11404223-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

DE HORTA CARRANZA AURA ESTELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
cc 39.047.700 santa marta	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

TAPIA NIEVES JOSE DEL SOCORRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
cc 7.628.728 santa marta	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TAPIA NIEVES JOSE DEL SOCORRO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
cc7.628,728 santa marta	T. Jose Tapia Nieves.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXX XXXXXXXXX XXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
	X XXXXXXXXXXX

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2012 Mes AGO Día 23	RAFAEL E. MANJARRES MENDOZA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
T. Jose Tapia Nieves. Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

El número de NUIP que le corresponde a este serial es el "1.084.058.187" Dte.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.084.058.187
TAPIA DE HORTA

APELLIDOS
LUCIANA

NOMBRES

Luciana tapia

FIRMA



Escaneado con CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO 14-AGO-2012
SANTA MARTA
(MAGDALENA)
LUGAR DE NACIMIENTO

14-AGO-2030 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

15-ENE-2020 SANTA MARTA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

I<COL2100150-01134B(m-F-1084058187-20200227 0070280709A 1 4425824514