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 GUAJIRA

CENTRO AGROEMPESARIAL Y ACUICOLA-GUAJIRA

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

Código Regional	**44**
Código Centro	**952410**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**99728-417264**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CELESTE MARIA CORONADO BLANCO	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	1.120.745.977	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ccoronado@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0367262375
IP/Nº de contacto:	0	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿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:	5935768/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**16624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE ARTESANOS TÉCNICOS TECNÓLOGOS Y/O PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑEN COMO INSTRUCTORES EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LAS DIFERENTES MODALIDADES DE FORMAC

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024 Al 31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 42.422.677
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 44.655.450
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 37.957.132

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	$ 2.232.773		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.698.318**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.934.786**	**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		----------	**9464363604**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 910.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 113.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 145.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 4.800
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 145.600	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 113.800	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 4.800	
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		$ 669.832	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.311.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 436.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.934.786,00	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 - 8544 - FONSECA	0,00	0,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Estampilla Prouniversidad de la Gua	89.311,00	2,000%
Estampilla Prodesarrollo Fronterizo	22.328,00	0,500%
Estampilla Prodesarrollo Dptal	89.311,00	2,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.264.595,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2775297 (40 HORAS) GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD, MEDIO AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

2620705 (40 HORAS) GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD, MEDIO AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

1 SEGUIMIENTO (8 HORAS) ETAPA PRODUCTIVA

TOTAL 124 HORAS EJECUTADAS

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



CELESTE MARIA CORONADO BLANCO
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,



HEINER BRITO GAMEZ
INSTRUCTOR G13

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
ANGELICA PATRICIA SAN JUANELO MORAN
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

17/03/24 11:31:20 USUARIO: SIC - C.C. 1120745977

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 1120745977		CORONADO BLANCO CELESTE MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 15 19-37	FONSECA-LA GUAJIRA	5555555	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	9464363604	9464363604	I	2024/03/19	2024/03/18	BANCO DE BOGOTA	0	$213,900

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)					$736,667	$117,900			$736,667	$92,100			$0	$0			$736,667	$3,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$736,667	$117,900			$736,667	$92,100			$0	$0			$736,667	$3,900		$0	$0
Ciudad: FONSECA Depto: LA GUAJIRA (1 Afiliados)					$736,667	$117,900			$736,667	$92,100			$0	$0			$736,667	$3,900		$0	$0
1	CC	1120745977	CORONADO CELESTE	230301	17	$736,667	$117,900	EPS005	17	$736,667	$92,100		0	$0	$0	14-23	17	$736,667	$3,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$736,667	$117,900			$736,667	$92,100			$0	$0			$736,667	$3,900		$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 1120745977		CORONADO BLANCO CELESTE MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 15 19-37	FONSECA-LA GUAJIRA	5555555	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	9464363604	9464363604	I	2024/03/19	2024/03/18	BANCO DE BOGOTA	0	$213,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$117,900	$0	$0	$117,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$117,900	$0	$0	$117,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,900	$0	$0	$3,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$3,900	$0	$0	$3,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$92,100	$0	$0	$92,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$92,100	$0	$0	$92,100
TOTAL				1	$213,900	$0	$0	$213,900

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

RIOHACHA, 15 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
RIOHACHA

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:

TI	1120748653	ALEJANDRO DAVID DAZA CORONADO	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,



CELESTE MARIA CORONADO BLANCO
C.C. 1120745977

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 5651061

NUIP 1.120.748.653

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

DAZA CORONADO ALEJANDRO DAVID

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	1	2	Mes	M	A	Y	Día	1	5	MASCULINO	A +

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

COLOMBIA CESAR VALLEDUPAR

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	1	2	Mes	M	A	Y	Día	2	2	0050113052

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

CORONADO BLANCO CELESTE MARIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.120.745.977	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

DAZA FREDY DE JESUS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 17.957.781	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

CORONADO BLANCO CELESTE MARIA

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.120.745.977

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA LA GUAJIRA FONSECA — Código: X 3 B

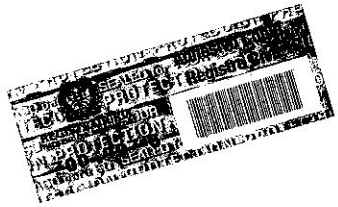
Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año	2	0	1	2	Mes	J	U	L	Día	0	4

Nombre y firma del funcionario

CECILIA BIANNETH LINARES ROMERO

Registrador del Estado Civil



	ARETÉ NIT: 900931497-6 CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL DE EVALUACIÓN MÉDICA	CODIGO	SST-FO-002
		VERSION	01
		FECHA	29/07/2020

PACIENTE CELESTE MARIA CORONADO BLANCO

INDENTIFICACION	NOMBRE DE LA EMPRESA	LUGAR
1120745977	SENA	FONSECA

FECHA 2022-01-17

EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS			
AUDIOMETRIA ☑	PERFIL LIPIDICO ☑	RAYOS X ☐	SEROLOGIA ☐
VISIOMETRIA ☑	GLICEMIA ☑	EKG ☐	PARCIAL DE ORINA ☐
CREATININA ☐	COPROLOGICO ☐	KQH ☐	FROTIS GARGANTA ☐
ESPIROMETRIA ☐	OPTOMERIA ☑	HEMOGRAMA ☑	

TIPOS DE EXAMEN MÉDICO			
INGRESO ◉	PERIODICO ○	EGRESO ○	
REINTEGRO LABORAL ○	POST INCAPACIDAD ○	REUBICACIÓN ○	

CONCEPTO DE APTITUD			
APTO PARA EL CARGO ◉	PUEDE CONTINUAR LABORANDO CON RECOMENDACIONES ○		
APTO CON RECOMENDACIONES ○	APLAZADO ○		
APTO PARA REUBICACIÓN ○	REINTEGRO LABORAL ○		
PUEDE CONTINUAR LABORANDO ○			

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR		
AUTOCUIDADO PERSONAL DE LA SALUD ☑	DEJAR DE FUMAR ☐	
ESTILO VIDA SALUDABLE ☑	CONTROL DE PESO ☑	
EJERCICIOS AEROBICOS REGULARES ☑	CONTROL VISUAL ANUAL ☑	
CONTROL PERIODICO ANUAL CON EXAMEN MEDICO ☐	CONTROL AUDIOMETRICO NORMAL	
OTROS ESPECIFIQUE:		

REMISIÓN		
SE REMITE A EPS ○	CONTINUAR MANEJO MEDICO POR EPS ○	SE REMITE A ARL ○

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA	
Siempre dotar al trabajador de los elementos de protección personal homologados según los factores de riesgos ocupacionales identificados por la matriz de peligros de la empresa. Control de los factores de riesgo para la salud en los ambientes de trabajo	
VISITA A PUESTO DE TRABAJO ☐	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS DURANTE 5 MINUTOS ☑
USO DE CORRECION VISUAL ☑	MEDIDAS DE CONTROL RIESGO OSTEOMUSCULAR ☑
REUBICACIÓN ☐	MANEJO DEL ESTRES ☐
HABITOS DE HIGIENE POSTURAL ☐	OTROS ESPECIFIQUE

	ARETÉ NIT: 900931497-6 CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL DE EVALUACIÓN MÉDICA	CODIGO	SST-FO-002
		VERSION	01
		FECHA	29/07/2020

INGRESAR AL TRABAJADOR EXAMINADO AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OCUPACIONAL

ERGONOMICO ☐	AUDITIVO ☐	RESPIRATORIO ☐
PSICOSOCIAL ☐	VISUAL ☑	BIOLOGICO ☐
QUIMICO ☐	OSTEOMUSCULAR ☐	CONTROL DE PESO ☑
OTRO ESPECIFIQUE		

Recomendaciones laborales: Transitorias ○	**Tiempo** ○	**Permanentes** ○
Observación:		
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO	**NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR**	
La presente certificación se expide con base en la historia clínica del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial"		

Calle 13 N 20- 151- Fonseca Guajira, Teléfono: (5) 7756940- 3042447979; correo: areteips@outlook.com

Areté IPS - Escuchar mejor te cambia la vida