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 CESAR

CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR

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

Código Regional	**20**
Código Centro	**952010**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**12120-780888**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MILENA TORRADO VIANEY	**Banco a consignar:**	BANCO COOPERATIVO COOP
Cédula de Ciudadanía	37.724.496	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	milenatorrado@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	0007000127393
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**	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:	5974968/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**32424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: DE EMPRENDIMIENTO, EN LA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN Y ASESORÍA TÉCNICA PARA EL EMPRENDIMIENTO RURAL Y CAMPESINO DEL CENTRO AGROEMPRESARIAL CPE NO. 20-9-2024-002504

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024 Al 30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 20.094.953
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 23.816.240
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.629.408

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	4,86%
Ingresos por comisiones	$ 718.624	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 292.007
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.721.287		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.905.456**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 6.008.056**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 292.007**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7922939467**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.240.429
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 155.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 198.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 18.700	$ 13.000
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 198.500	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 155.100	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 13.000	
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	$ 753.040	$ -	
Salud hasta	$ 18.590.675	$ 2.003.000	
Renta Exenta 25%			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 839.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	6.008.056,00	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	292.007,00	4,86%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Pro-Universidad	25.921,00	0,500%
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	**$4.147.617,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realiza formación en COMPORTAMIENTO EMPRENDEDOR con 2945638, 2952746, 2945639, 2952747, 2952748

Se enviaron los masivos para la inscripción de los aprendices en las fichas 2945638, 2952746, 2945639, 2952747, 2952748

Se asoció los aprendices con cada ficha en Sofía Plus 2945638, 2952746, 2945639, 2952747, 2952748

Cargó GF y GC en el SECOP II

Se envió la agenda de desplazamiento

Se actualizó el Drive

Se envía agenda de desplazamientos para su respectiva autorización os días 16, 17, 18, 19 Abril municipios Pelaya,Pailitas,Chimichagua

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

MILENA TORRADO VIANEY
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,

ROBINSON LOBO HERNANDEZ
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
SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

17/04/24 00:35:14 USUARIO: SIC - C.C. 37724496

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37724496
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			VIANEY MILENA TORRADO
CIUDAD/MUNICIPIO:	AGUACHICA	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CR 10 # 5 A - 219 BARRIO SAN	TELÉFONO:	8888888
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Formación académica no formal.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7922939467**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		571155906

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
X																

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 189.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 189.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 148.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 148.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 12.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 12.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 350.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 350.200**

Planilla Pagada

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar 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

Bogotá, 16 de abril 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:

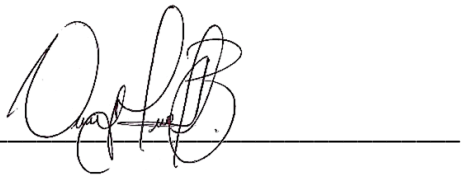
T.I.	**1092732366**	**ANDREA SOFIA VARON TORRADO**	**HIJO**

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: VIANEY MILENA TORRADO
C.C. 37.724.496

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1092732366

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40324294

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	02	☐	☐	☐	N 5 R

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

COLOMBIA OCAÑA NORTE DE SANTANDER NOTARIA SEGUNDA OCAÑA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VARON	TORRADO

Nombre(s)

ANDREA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes SEP Día 30	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA OCAÑA NORTE DE SANTANDER CLINICA DIVINO NIÑO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO DANE	A 7064413

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TORRADO VIANEY MILENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.37.724.496 DE B/MANGA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VARON QUIÑONES JAIRO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.77.178.567 DE AGUACHICA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VARON QUIÑONES JAIRO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No.77.178.567 DE AGUACHICA	

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

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaria 2a del Circulo

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2006 Mes OCT Día 19	AMPARO AREVALO AREVALO Notaria 2a. del Circulo Norte de Santander
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
EL SUSCRITO NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE OCAÑA	ESTE REGISTRO CIVIL NO TIENE TERMINO DE VIGENCIA
Firma	Nombre

CERTIFICA

ESPACIO PARA NOTAS

QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA ES FIEL Y EXACTA REPRODUCCIÓN DE SU ORIGINAL QUE PARA EFECTOS HE TENIDO A LA VISTA Y REPOSA EN ESTA OFICINA EN EL LUGAR Y BAJO EL NUMERO QUE LA CORRESPONDE.- SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO A SOLICITUD DEL INTERESADO DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 115 DECRETO 1260 DE 1.970.- SIN CONSTANCIA SE FIRMA EN OCAÑA A LOS

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaria 2a del Circulo

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

* 40324294 *