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 SANTANDER

CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**922510**
Fecha Elaboración	**18 de Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**95686-271740**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HEIDY STEPHANIE MAHECHA ANTOLINEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.098.739.425	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	hmahecha@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	31215616161
IP/Nº de contacto:	74549	**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	SI
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:	5888272/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**15724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES COMO FACILITADOR DE LA TECNOACADEMIA BUCARAMANGA PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACION ORIENTACION Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS Y CAPACIDADES DE LOS APRENDICES PL 315 DIAS VR MES $4.827.095

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024 Al 30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 46.983.724
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 50.684.497
Valor Bruto Pago:	**$ 4.827.095,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 42.156.629

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.827.095	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 2.252.644		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.079.739**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.087.865**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9464649908**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.930.838	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 241.400	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 309.000	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	IV	$ -	$ 0
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		$ -	
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		$ 707.974	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.363.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 647.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.087.865,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.827.095,00	
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 - 9609 - GIRON	48.271,00	1,000%
-	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	**$4.778.824,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participé en reunión de Mesa Nacional de diseño curricular con el fin de revisar los actuales diseños curriculares de la Tecnoacademia
Participé en sensibilización de los programas de Tecnoacademia en el colegio Facundo Navas
Realicé el diseño y cargué de información: 1.Programa de formación 2.Planeación pedagógica 3.Avances del portafolio de desarrollo
Realicé corrección y envío de memorias de resumen de proyecto de investigación "Prototipo de filamento para impresora 3D a base de bi
Realice la actividad de higiene postural solicitada por la regional
Participé en reunión con el fin de revisar cupos y horarios de fichas para la línea de nanotecnología
Participé en reunión citada por el dinamizador con el fin de definir ejecución de la formación vigencia 2024
Participe en batería psicosocial aplicada por el SENA desde el Centro de formación CIDM

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

Stephanie Mahecha A.

HEIDY STEPHANIE MAHECHA ANTOLINEZ
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,

Alvaro Alexander Tovar Espinel

Firmado digitalmente por Alvaro Alexander Tovar Espinel
Fecha: 2024.04.23 10:48:39 -05'00'

ALVARO ALEXANDER TOVAR ESPINEL
PROFESIONAL G09

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
JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 1098739425		MAHECHA ANTOLINEZ HEIDY STEPHANIE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 101 # 22b-52	BUCARAMANGA-SANTANDER	6790046	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	536298611	9464649908	I	2024/04/05	2024/03/26	BANCOLOMBIA	0	$655,500

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)					$2,300,000	$368,000			$2,300,000	$287,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,300,000	$368,000			$2,300,000	$287,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$2,300,000	$368,000			$2,300,000	$287,500			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	1098739425	MAHECHA HEIDY	25-14	30	$2,300,000	$368,000	EPS005	30	$2,300,000	$287,500		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,300,000	$368,000			$2,300,000	$287,500			$0	$0			$0	$0		$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 1098739425		MAHECHA ANTOLINEZ HEIDY STEPHANIE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 101 # 22b-52	BUCARAMANGA-SANTANDER	6790046	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	536298611	9464649908	I	2024/04/05	2024/03/26	BANCOLOMBIA	0	$655,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$368,000	$0	$0	$368,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$368,000	$0	$0	$368,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$287,500	$0	$0	$287,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$287,500	$0	$0	$287,500
TOTAL				1	$655,500	$0	$0	$655,500

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bucaramanga, 30 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 la persona relacionada a continuación, tiene la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1097155826**	**Jacobo Castañeda Mahecha**	**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,

Heidy Stephanie Mahecha Antolinez
C.C. 1.098.739.425 Bucaramanga

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP	1097155826

Indicativo Serial 62780426

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 07 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código Q 5 E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTAÑEDA	MAHECHA

Nombre(s)

JACOBO **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes FEB Día 15	Masculino	O	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	24026410862448

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

MAHECHA ANTOLINEZ HEIDY STEPHANIE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO.1.098.739.425	COLOMBIANA

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

CASTAÑEDA MEDINA ANDRES GILBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO. 1.098.776.491	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTAÑEDA MEDINA ANDRES GILBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC NRO. 1.098.776.491	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes FEB Día 16	SIRLEY MILENA GAMBOA RUEDA NOTARIA SÉPTIMA (E) DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Cadena s.a.