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 TOLIMA

CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION TOLIMA

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

Código Regional	**73**
Código Centro	**922610**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**55970-486788**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DAHIANA MELISSA MORENO AREVALO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.110.518.126	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dmorenoa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	488408646104
IP/Nº de contacto:	86088	**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:	6076606/2024	**N.º Compromiso SIIF**	**93224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestación servicios personales de apoyo a la gestión, para impartir formación en el Programa de Formación Regular (REGULAR - TRANSVERSAL Y O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL). dentro de las RED INS. DE ENSEÑANZA DE IDIOMAS - INSTITUCIONAL DE LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS - INGLES PRESENCIAL del Programa de Formación Regular del Centro de

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024**	**Al**	**30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 37.808.281
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 40.636.460
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 33.342.736

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retención 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**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9466156775**
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		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
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 Préstamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 875.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 542.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a título de RENTA	2.625.490,00	TARIFA
Base retención en la fuente a título de ICA	4.465.545,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retención IVA	0,00	15%
Reteica - 8541 - IBAGUE	13.397,00	0,300%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Bomberos	804,00	6,000%
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	**$4.451.344,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participar en la semana de alistamiento correspondiente al 2 trim del 2024

Planeación pedagógica, guías de trabajo correspondientes a los grupos asignados

Orientar formación transversal inglés a las fichas 2875246 y 2814126 de ELECTRICIDAD INDUSTRIAL

Orientar formación transversal inglés a las fichas 2927118, 2719693, 2878642, 2927102, 2846529, 2927110, 2875301, 2927109

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 lainformación aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

Melissa Moreno

DAHIANA MELISSA MORENO AREVALO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

JORGE JAIME MENDOZA VELASQUEZ
COORDINADOR ACADÉMICO

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
ALEXANDER MONTEALEGRE RAMIREZ
SUBDIRECTOR 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 1110518126		MORENO AREVALO DAHIANA MELISSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VILLA CAFE TR H AP 103	IBAGUE-TOLIMA	3203921305	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	595643948	9466156775	I	2024/04/05	2024/04/24	NEQUI	19	$217,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$117,900	$2,000	$0	$119,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$117,900	$2,000	$0	$119,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$3,900	$100	$0	$4,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$3,900	$100	$0	$4,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$92,100	$1,500	$0	$93,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$92,100	$1,500	$0	$93,600
TOTAL				**1**	**$213,900**	**$3,600**	**$0**	**$217,500**

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 1110518126		MORENO AREVALO DAHIANA MELISSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VILLA CAFE TR H AP 103	IBAGUE-TOLIMA	3203921305	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	631984810	9467010889	N	2024/04/05	2024/05/10	NEQUI	35	$168,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$90,100	$2,700	$0	$92,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$90,100	$2,700	$0	$92,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,900	$100	$0	$3,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$2,900	$100	$0	$3,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$70,400	$2,100	$0	$72,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$70,400	$2,100	$0	$72,500
TOTAL				**1**	**$163,400**	**$4,900**	**$0**	**$168,300**

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 1110518126		MORENO AREVALO DAHIANA MELISSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VILLA CAFE TR H AP 103	IBAGUE-TOLIMA	3203921305	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	595643948	9466156775	I	2024/04/05	2024/04/24	NEQUI	19	$217,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	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: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$736,667	$117,900			$736,667	$92,100			$0	$0			$736,667	$3,900		$0	$0
1	CC 1110518126	MORENO DAHIANA	230201	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 1110518126		MORENO AREVALO DAHIANA MELISSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VILLA CAFE TR H AP 103	IBAGUE-TOLIMA	3203921305	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	631984810	9467010889	N	2024/04/05	2024/05/10	NEQUI	35	$168,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$563,333	$90,100			$563,333	$70,400			$0	$0			$563,333	$2,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$563,333	$90,100			$563,333	$70,400			$0	$0			$563,333	$2,900		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$563,333	$90,100			$563,333	$70,400			$0	$0			$563,333	$2,900		$0	$0
1	CC 1110518126	MORENO DAHIANA	230201	17	($736,667)	($117,900)	EPS005	17	($736,667)	($92,100)		0	$0	$0	14-23	17	($736,667)	($3,900)	0	$0	$0
2	CC 1110518126	MORENO DAHIANA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$563,333	$90,100			$563,333	$70,400			$0	$0			$563,333	$2,900		$0	$0

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.107.987.047
RUBIANO MORENO
APELLIDOS
LUCIANA
NOMBRES

Luciana Rubiano
FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-2016
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
10-FEB-2034 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
06-JUN-2023 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ÍNDICE DERECHO

P-2900150-01391854-F-1107987047-20231103 0136856801A 2 8506453508

DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1107987047

Indicativo Serial 55548079

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Ministro [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 6 1

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido: RUBIANO

Segundo Apellido: MORENO

Nombre(s): LUCIANO

Fecha de nacimiento: Año 2 1 5 Mes FEB Día 1 0

Sexo: FEMENINO

Nacido en el año: 0

Registro: POSITIVO

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 13254149-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MORENO AREVALO DAHIANA MELISSA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1110518126 de IBAGUE TOLIMA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RUBIANO FAJARDO JAIME FREDYS

Documento de identificación (Clase y número): CC 12283712 de LA PLATA HUILA

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MORENO AREVALO DAHIANA MELISSA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1110518126 de IBAGUE TOLIMA

Firma: Melissa Moreno

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

0 1 0 FEB 1 7

Nombre y firma del funcionario que autoriza

TERESA DE JESUS ALDANA ORTIZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

TERESA DE JESUS ALDANA ORTIZ

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 76 FOLIO 139

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

IBAGUE, 13 de Marzo del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
IBAGUE

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	**1107987047**	**Luciana Rubiano Moreno**	**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,

DAHIANA MELISSA MORENO AREVALO
C.C. 1110518126