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 QUINDÍO

CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO

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

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**19945-888105**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIANA CAROLINA BRITO PARDO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	41.951.377	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dianabrito@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0570136670071671
IP/Nº de contacto:	0	**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:	6267539/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**57524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS CAMPESENA ESTABLECIDOS RAD 63-9-2024-005076

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/05/2024**	**Al**	**31/05/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 33.045.033
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 33.045.033
Valor Bruto Pago:			**$ 4.316.693,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 28.728.340

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.316.693	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.316.693**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.861.393**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**2106 2019**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.726.677	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 215.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 276.300	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.100	$ 0
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 Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 24.787.566	$ 954.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.861.393,00	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	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.316.693,00**	

SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS DIECISEIS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

participar en la planeacion de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales, para las areas relacionadas co
reportar en el sistema sofia plus o la plataforma academico administrativa requerida en u plazo maximo de tres dias habiles una vez o
participar cuando el centro de formacion lo requiera, en jornadas de diseño y desarrollo curricular de programas de formacion profesio
ejecutar la formacion profesional integral de acuerdo con el curriculo desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas rel
aplicar segun la modalidad estrategias de enseñanza aprendizaje seguimiento y evaluacion de acuerdo con los lineamientos pedagogicos y
emitir juicio evaluativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizajes de las competencias del programa adquiridos
registrar verificar y hacer seguimiento ooprotuno en el sistema de informacion que la entidad defina para la gestios de la formacion p
aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz asi como el manual de convivencia del centro de formacion
realizar seguiomiento en la etapa productiva y apoyar la verificacion de alternativas de etapa practica de los aprendices que le sean

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

DIANA CAROLINA BRITO PARDO
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,

JOHN DANILO PEREZ ROJAS
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
CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

28/05/24 21:20:16 USUARIO: SIC - C.C. 41951377

CERTIFICA QUE:

El(La) señor(a) DIANA CAROLINA BRITO PARDO identificado con CC 41951377 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos básicos de dicha afiliación:

Fecha de Activación de Servicios:	15/03/2022
IPS Cotizante:	INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME SA ARMENIA SEDE NORTE
Categoría:	A
Estado:	ACTIVO

La presente solicitud se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá QUIEN INTERESE, a los 30 días del mes de mayo del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BRITO PARDO DIANA CAROLINA** identificado(a) con **CC** número **41.951.377** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2006 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 30 de mayo de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2024-002048
30/05/2024 7:56:31
Destinatario: 639538

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

Armenia 29 de mayo de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE SENA
Armenia Quindío

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.	**1090276585**	**Alejandra Medina Brito**	**HIJO**
CC	**1090272713**	**Daniela Medina Brito**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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: DIANA CAROLINA ABRITO PARDO
C.C. 41.951.377

Adjuntos:

1. Recibo de pago de matricula Daniela Medina Brito
2. 2. Cedula de Daniela Medina Brito
3. Registro Civil de Alejandra Medina Brito

Fundación Escuela De Administración Y Mercadotecnia Del Quindío.

NIT. 890002590-2
Avenida Bolivar 3-11 Tel: 745 11 01 Armenia Quindío
www.eam.edu.co

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA SNIES 4109

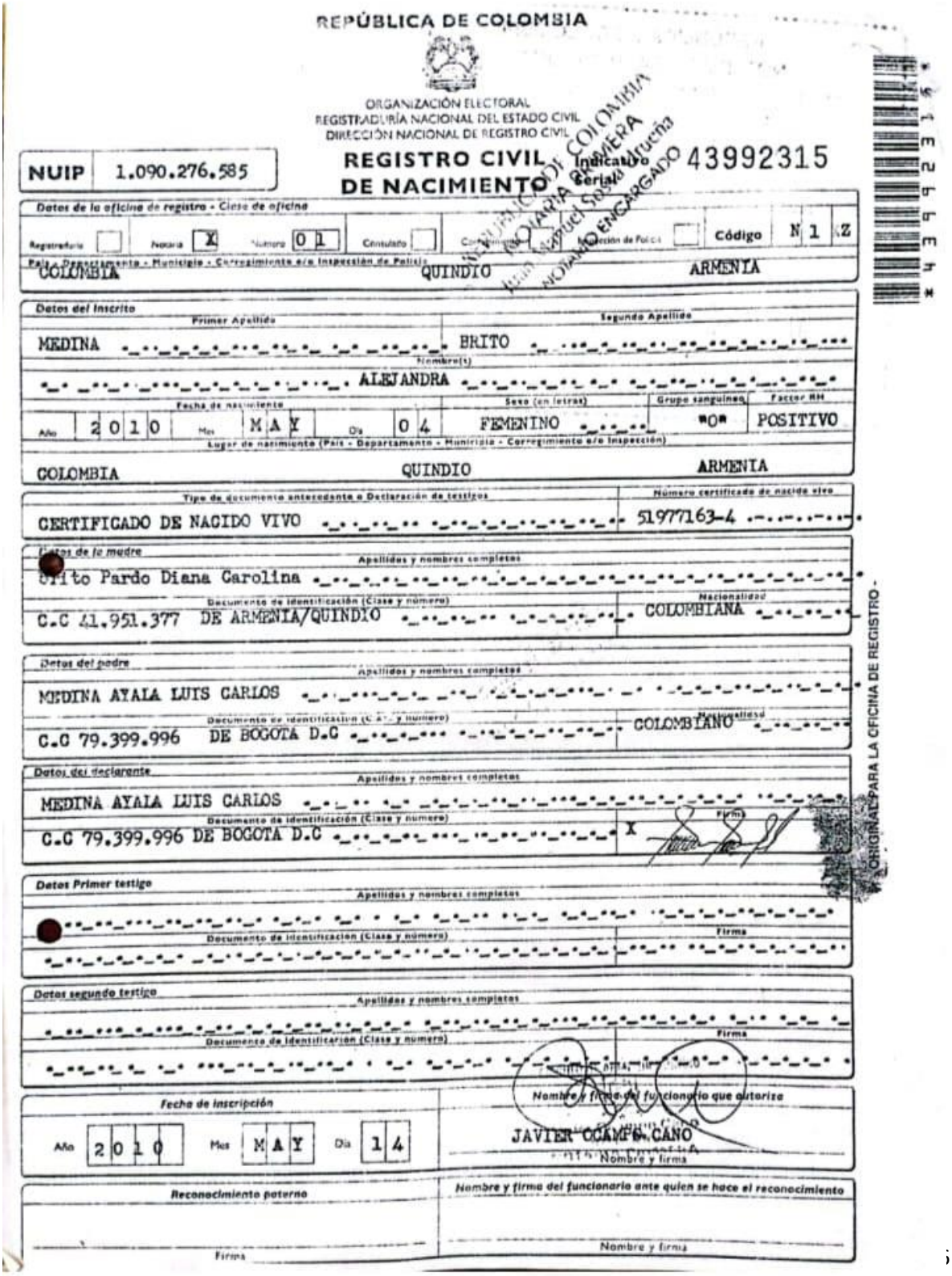
CODIGO DE REFERENCIA
RB 320326

Fecha de Impresión	12 de diciembre de 2023 02:44:33 PM								**Forma de Pago**	EFECTIVO
Nombre	DANIELA MEDINA BRITO								**Banco**	AV VILLAS
Documento de Identidad	1090272713				**Código**	540220221008			**Cuenta**	31175349O
Programa Académico	5402 TECNOLOGÍA EN MODELADO Y ANIMACIÓN GRÁFICA								**Fechas Límites**	**Valores**
Año	2024	**Periodo**	1	**Semestre**	5	**Grupo**	A	**Jornada**	D	01/DIC/2023	$ 0
Número de Crédito					**Número de Cuota**					16/DIC/2023	$ 3556000
Cod.		**Cheque**			**Cuenta**					16/DIC/2023	$ 3556000
Concepto					**Materia**					28/ENE/2024	$ 3556000
4 MATRICULA DE CONTADO		$ 4445000									
59 BECAS		$ -889000									
										USUARIO	

tesorero


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.090.272.713
MEDINA BRITO
DANIELA
COL
1.62
F
25 FEB 2005
O+
ARMENIA (QUINDIO)
03 MAR 2023, ARMENIA
03 MAR 2033


0161288335
ICCOL0161288350260001<<<<<<<<<<<
0502250F3303034COL1090272713<7
MEDINA<BRITO<<DANIELA<<<<<<<<<<



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.090.276.585

Indicativo Serial 43992315

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código N 1 2

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA / QUINDIO / ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido: MEDINA — Segundo Apellido: BRITO

Nombre(s): ALEJANDRA

Fecha de nacimiento: Año 2010 Mes MAY Día 04 — Sexo (en letras): FEMENINO — Grupo sanguíneo: "O" — Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA / QUINDIO / ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO — Número certificado de nacido vivo: 51977163-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: Orito Pardo Diana Carolina

Documento de identificación (Clase y número): C.C 41.951.377 DE ARMENIA/QUINDIO — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MEDINA AYALA LUIS CARLOS

Documento de identificación (Clase y número): C.C 79.399.996 DE BOGOTA D.C — Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MEDINA AYALA LUIS CARLOS

Documento de identificación (Clase y número): C.C 79.399.996 DE BOGOTA D.C — Firma: X

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: Año 2010 Mes MAY Día 14

Nombre y firma del funcionario que autoriza: JAVIER OCAMPO CANO — Nombre y firma

Reconocimiento paterno — Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento — Nombre y firma

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE ARMENIA QUINDIO
JUAN RAFAEL SOTO URUEÑA
NOTARIO ENCARGADO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO