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 DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**912210**
Fecha Elaboración	**21 de Mayo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**84620-897322**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MIREYA ROJAS PEREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	37.511.273	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	rojasp@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	07648508411
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:	5877097/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**14124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	5

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ROL DE INSTRUCTOR TECNICO APORTANDO EN LA PLANEACION EJECUCION EVALUACION Y MEJORA CONTINUA DE PROCESOS DE FORMACION Y ASESORIA TECNICA PARA EL EMPRENDIMIENTO RURAL Y CAMPESINO PL 137 DIAS VR MES $4.465.530

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2024 Al 31/05/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 7.740.252
Número de pago	**4**	**Valor Total del Contrato:**	$ 20.392.587
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.530,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 3.274.722

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.530	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 1.163.365	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.628.895**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.403.205**	**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		----------	**1109423125**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.212	$ 1.786.212
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 18.700	$ 18.700
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		$ 562.890	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 15.492.229	$ 1.135.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.680.312		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.403.205,00	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	**$4.465.530,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

01/05/2024 Se realizo formación en el Programa Emprendedor en Producción de Derivados Carnicos, ficha No. 2917797-Charta se elabora ción de derivados cárnicos. 02 y 03/05/2024 se impartió formación en Programa Emprendimiento en Producción de leches fermentadas ficha No. 2918706-Charta, Elaboración de leches fermentadas. 06/05/2024 se realizo gestión solicitud programas de formación. 07-08/05/ /2024 se impartió formación en Prograograma Emprendedor en Producción de Derivados Carnicos, ficha No. 2917797-Charta, innovación prod. carnicos y balance de materia. 09 y 10/05/2024 se impartió formación en Programa Emp. en Producción de leches fermentadas ficha No. 2918706-Charta elaboración de productos nuevos con leches fermentadas. 13/05/2024 se realizó formación en el programa Elaboración de bebidas lácteas fermentadas, ficha No. 2987915-Matanza, normatividad vigente BPM. 14 y 15/05/2024 Se realizo formación Programa Emp. en Producción de leches fermentadas ficha 2987742 - Rionegro, recocer normatividad en alimentos BPM. 16 Y 17/2024 Se impartió forma- ción Emp. en Producción de leches fermentadas, ficha No. 2918706-Charta. 20/05/2024 Se realiza formación a ficha No. 2987915-Matanza.

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

MIREYA ROJAS PEREZ
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,

EDWIN GERSON MONTAÑEZ GONZALEZ
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
ZEGRID FRANCISCO CADENA CASTANEDA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

25/05/24 14:10:03 USUARIO: SIC - C.C. 37511273

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37511273
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MIREYA ROJAS PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MALAGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 13 12A - 34	TELÉFONO:	6616839
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1109423125**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2024			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/05/06			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	109343

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 285.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.900	$ 0	$ 285.900
SUBTOTALES:										**$ 285.900**	**$ 0**	**$ 285.900**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 223.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.300	$ 0	$ 0	$ 223.300
SUBTOTALES:													**$ 223.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 223.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.700	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 18.700
SUBTOTALES:									**$ 18.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Piedecuesta, 21 de mayo 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.	**1097785001**	**CESAR SANTIAGO TORRES ROJAS**	**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: Mireya Rojas Pérez
C.C. 37511273



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1097785001

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41138443

41138443

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 09 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q 7 E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: TORRES

Segundo Apellido: ROJAS

Nombre(s): CESAR SANTIAGO

Fecha de nacimiento: Año 2008 Mes DIC Día 13

Sexo (en letras): Masculino

Grupo Sanguíneo: O

Factor RH: Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

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

Número certificado de nacido vivo: 51339957-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ROJAS PEREZ MIREYA

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.37.511.273

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: TORRES FLOREZ CESAR ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 5.793.573

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TORRES FLOREZ CESAR ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 5.793.573

Firma

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 2009 Mes ENE Día 13

Firma del funcionario que autoriza

SERMANTEGUI GOMEZ

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.097.785.001
TORRES ROJAS
APELLIDOS
CESAR SANTIAGO
NOMBRES
Santiago Tortes Rojos
FIRMA
Powered by CamScanner


FECHA DE NACIMIENTO 13-DIC-2008
BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
13-DIC-2026
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
M
SEXO
21-JUL-2016 MALAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
P-2710000-01351253-M-1097785001-20230414
0104105363A 1
9923321565