

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 AGROTURISTICO - SANTANDER Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	31 de Julio de 2024
			Versión	MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso	14833-762625
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: DIANA CAROLINA SANTOS RUEDA		Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 37.949.695		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: dsantosr@sena.edu.co		Número de Cuenta: 32282621397		
IP/Nº de contacto: 73959		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		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?				
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000				
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)				
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?				
Concepto del pago corresponde a: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
Nº del contrato: 5873416/2024		Nº Compromiso SIIF 18424		Número de pagos durante la vigencia del contrato 10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR : PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA APOYAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE NIVEL TÉCNICO PROGRAMADA POR EL CENTRO PARA EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA PL 9 M 23 D VR \$4.465.545		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/07/2024 Al 31/07/2024		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 22.327.725
Número de pago 6		Valor Total del Contrato:		\$ 43.613.490
Valor Bruto Pago: \$ 4.465.545,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 17.862.180
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.465.545		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones \$ 471.634		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.937.179		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.936.661		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Julio	Junio	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.936.661,00 TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9469561559	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.937.179,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218	\$ 1.786.218	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300	\$ 223.300	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800	\$ 285.800	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%
ARL II		\$ 18.700	\$ 18.700	Reteica - 8551 - SOCORRO 2.469,00 0,500%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Reteica - 8551 - SAN GIL 0,00 0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		- 0,00 0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Dependientes hasta		\$ 493.718		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% \$30.984.458		\$ 979.000		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 4.311.132				0,00
Retención en la Fuente Contingente \$				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$4.463.076,00
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ficha: 2919151 AA: Identificar los requerimientos legales y administrativos en la - Fecha: Julio 08,15,22 y 29. Total horas: 34				
Ficha: 2920697 AA: Comprender el marco conceptual la historia de la contabilidad - Fecha: Julio 09,16,23 y 30. Total horas: 34				
Ficha: 2902316 AA: Comprender el marco conceptual la historia de la contabilidad - Fecha: Julio 10,17,24 y 31. Total horas: 34				
Ficha: 2919857 AA: Comprender el marco conceptual la historia de la contabilidad - Fecha: Julio 11,18 y 25. Total horas: 29				
Ficha: 2719713 AA: Reconocer ingresos y egresos en el desarrollo del objeto socia - Fecha: Julio 12, 19 y 26. Total horas: 37				
TOTAL HORAS JULIO: 168				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				
1. Cumpli 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		<div><div>DIANA CAROLINA SANTOS RUEDA EL CONTRATISTA</div></div>		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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 periodo 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.		OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO INSTRUCTOR G19		
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 CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37949695		SANTOS RUEDA DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 18 No. 3-34	SAN GIL-SANTANDER	7240057	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-06	2024-06	795122318		9469561559	I	2024/07/23	2024/07/23	BANCOLOMBIA	\$527,800

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
1	CC 37949695	SANTOS DIANA	230201	30	\$1,786,218	\$285,800	EPS037	30	\$1,786,218	\$223,300		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,786,218	\$18,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$18,700		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$285,800	\$0	\$285,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$285,800	\$0	\$0	\$285,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$18,700	\$0	\$18,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$18,700	\$0	\$0	\$18,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$223,300	\$0	\$223,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$223,300	\$0	\$0	\$223,300
TOTAL					1	\$527,800	\$0	\$527,800



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 8 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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:

RC	1101624952	Martin Camargo Suarez	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,



DIANA CAROLINA SANTOS RUEDA
C.C. 37949695

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

55413905

NUIP	1101624952
-------------	------------

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código R 6 H
--	---	-----------------------------	------------------------------------	--	--	---------------------

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

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL (NOTARIA SEGUNDA)

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CAMARGO	SANTOS

Nombre(s)

MARTIN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes FEB Día 00	Masculino	A	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - SOCORRO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	164446315

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	Nacionalidad
SANTOS RUEDA DIANA CAROLINA	COLOMBIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 37.949.695	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	Nacionalidad
CAMARGO SUAREZ ALVARO	COLOMBIANO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.080.652	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	Firma
CAMARGO SUAREZ ALVARO	

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.080.652	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	Firma

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	Firma

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

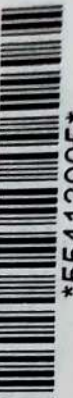
Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes FEB Día 18	NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO ESPERANZA GONZALEZ GONZALEZ NOTARIA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NO SE TOMAN HUUELLAS PLANTARES DEL INSCRITO SEGUN RESOLUCION 037 DEL 23 DE MARZO DE 2020 DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



55413905