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 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	**40473-624792**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA EDITH MENDEZ LEON	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	37.889.708	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	maemle@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24044365075
IP/Nº de contacto:	7248113	**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:	5906852/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**22724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor para orientar la formación profesional integral complementaria programada en el Centro Agroturístico a personas en situación de desplazamiento, en la red de conocimiento: artesanías en el área temática: textil artesanal

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024**	**Al**	**31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 11.699.406
Número de pago	**6**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.213.696
Valor Bruto Pago:			**$ 2.910.300,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 8.789.106

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.910.300	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	**$ 2.910.300**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.676.170**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**30168822**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 13.600	$ 13.600
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		$ 291.030	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 559.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.415.065		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.676.170,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.910.300,00	
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 - 8551 - SAN GIL	0,00	0,000%
Reteica - 8551 - SOCORRO	2.910,00	0,500%
-	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	**$2.907.390,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha:3005014 AA: desarrollar operaciones de costura para confeccionar camiseta deportiva y control de calidad. Día:3, 10, 17 y 24 de julio. Total de horas: 20

Ficha:3005856 AA: Enhebrar y poner a punto la máquina plana y fileteadora, realizar ejercicios de adiestramiento y habilidades. Operar maquina plana y fileteadora en la confección de una cosmetiquera. Día: 4 y 5 de julio. Total horas: 8

Ficha:3007956 AA: Interpretar cuadros de tallas, patrones de ropa deportiva, despiece, cortar y ensamblar prenda deportiva, control de calidad. Día: 2, 9, 16, 23 y 30 de julio. Total horas: 36

Ficha:3007970 AA: Interpretar cuadros de tallas, patrones de ropa deportiva, despiece, cortar y ensamblar prenda deportiva, control de calidad. Día: 4, 5, 8, 11, 12, 15, 18, 19, 22, 25, 26 y 29 de julio. Total horas: 36

TOTAL DE HORAS MES DE JULIO: 100 horas

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



MARIA EDITH MENDEZ LEON
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,



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)

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MARIA EDITH MENDEZ LEON
IDENTIFICACIÓN:	CC-37889708
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-07-13
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-07-15
FECHA DE PAGO:	2024-07-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-06
PERÍODO SALUD:	2024-06
NÚMERO PLANILLA:	30168822
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30168822
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 1.400	$ 162.500	$ 163.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 208.000	$ 209.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 200	$ 13.600	$ 13.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 3.400	$ 384.100	$ 387.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/08/2024

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:

TI	1100954116	Sara Gabriela Torres Mendez	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,



MARIA EDITH MENDEZ LEON
C.C. 37889708

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

NUIP 1100954116

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38322014

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** R 4 H

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

REGISTRADURIA DE SAN GIL COLOMBIA SANTANDER SAN GIL**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TORRES**********	MENDEZ**********

Nombre(s)

SARA GABRIELA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes ENE Día 17	FEMENINO********	O******	+ ****

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

COLOMBIA SANTANDER SAN GIL**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A6261501**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MENDEZ LEON MARIA EDITH**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0037889708**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

TORRES GOMEZ GONZALO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0005744112**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MENDEZ LEON MARIA EDITH**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0037889708**********	

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 2007 Mes ENE Día 25	JOSE URIEL DEANTONIO AREVALO***** Nombre y firma

510REGISTRADURIA NALnacimiento 11/02/04

Impreso por Prodipel S.A. NIT. 817000707-2 Tel.: (2) 8280156 Cali-to Cauca dispo FORMAS

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

3832201 4