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 MAGDALENA

CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.

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

| | |
|---|---|
| Código Regional | 47 |
| Código Centro | 911810 |
| Fecha Elaboración | Agosto de 2024 |
| Versión | MARZO 2024 - 2,24 |
| ID de Proceso | 63950-781077 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos: | JENNIFER SANTOS DURAN | Banco a consignar: | DAVIVIENDA |
| Cédula de Ciudadanía | 1.082.907.879 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | jsantosd@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 116170069508 |
| IP/Nº de contacto: | 0 | Presta Servicios Excluidos de IVA: | NO |
| 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? | 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: | 5967270/2024 | Nº Compromiso SIIF | 16724 | Número de pagos durante la vigencia del contrato | 11 |

| | |
|---|---|
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado) | SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FACILITADOR DE LA TECNOACADEMIA ITINERANTE PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PROPIAS DE LA FORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y DESARROLLO DE COMPETENCIAS Y CAPACIDADES DE LOS APRENDICES DE ACUERDO CON LOS PROGR |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Del | 01/08/2024 | Al | 31/08/2024 | Saldo Anterior del Contrato: | $ 24.135.470 |
| Número de pago | 7 | | | Valor Total del Contrato: | $ 49.879.971 |
| Valor Bruto Pago: | | $ 4.827.094,00 | | Nuevo Saldo del Contrato: | $ 19.308.376 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.827.094 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 289.000 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| TOTAL INGRESOS DEL PERIODO | $ 5.116.094 | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE | $ 3.032.985 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | $ 0 |

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

| | | Agosto | Julio |
|---|---|---|---|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | | ---------- | 9469388467 |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | | $ 1.930.838 | $ 1.930.838 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 241.400 | $ 241.400 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 309.000 | $ 309.000 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | I | $ 10.100 | $ 10.100 |
| 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 | | $ 511.609 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 34.082.904 | $ 1.011.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 6.254.707 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.032.985,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.565.694,00 | |
| 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 - SANTA MARTA | 31.960,00 | 0,700% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Pro-Hospital | 102.322,00 | 2,000% |
| 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 | $4.692.812,00 | |

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaboración del desarrollo de las actividades de aprendizaje

refuerzo al aprendiz sobre los servicios del portafolio a los cuales tienen acceso

Desarrollar las formaciones con base en el modelo pedagógico

Acompañamiento a los aprendices en la elaboración y formulación de proyecto de investigación

Revisar y cuidar materiales con el compromiso de cuidarlos durante su uso

Seguimiento al cumplimiento de formaciones y gestión de evidencias de TecnoAcademia Itinerante

Contribución en la organización del próximo EDT que realizará TAIM Mag.

Mesa de trabajo realizada por el equipo de facilitadores de la TecnoAcademia Itinerante Magdalena para el seguimiento de actividades

Revisión y seguimiento de materiales solicitados para el desarrollo del proceso formativo en Biotecnología

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

JENNIFER SANTOS DURAN
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,

CLAUDIA PAOLA SANCHEZ GALLON
PROFESIONAL G02

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
BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

19/08/24 13:18:51 USUARIO: SIC - C.C. 1082907879

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 1082907879 | | SANTOS DURAN JENNIFER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 127 A N 7 C 63 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 7570611 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-07 | 2024-07 | 798383064 | 9469388467 | I | 2024/08/21 | 2024/07/25 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $560,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $309,000 | $0 | $0 | $309,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $309,000 | $0 | $0 | $309,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $10,100 | $0 | $0 | $10,100 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $10,100 | $0 | $0 | $10,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $241,400 | $0 | $0 | $241,400 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $241,400 | $0 | $0 | $241,400 |
| TOTAL | | | | 1 | $560,500 | $0 | $0 | $560,500 |



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 1082907879 | | SANTOS DURAN JENNIFER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 127 A N 7 C 63 | SANTA MARTA-MAGDALENA | 7570611 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-07 | 2024-07 | 798383064 | 9469388467 | I | 2024/08/21 | 2024/07/25 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $560,500 |

**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) | | | | | $1,930,837 | $309,000 | | | $1,930,837 | $241,400 | | | $0 | $0 | | | $1,930,837 | $10,100 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $1,930,837 | $309,000 | | | $1,930,837 | $241,400 | | | $0 | $0 | | | $1,930,837 | $10,100 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,930,837 | $309,000 | | | $1,930,837 | $241,400 | | | $0 | $0 | | | $1,930,837 | $10,100 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1082907879 | SANTOS JENNIFER | 230301 30 | $1,930,837 | $309,000 | EPS005 | 30 | $1,930,837 | $241,400 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,930,837 | $10,100 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,930,837 | $309,000 | | | $1,930,837 | $241,400 | | | $0 | $0 | | | $1,930,837 | $10,100 | | $0 | $0 |

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SANTA MARTA, 20 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
SANTA MARTA

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 | 1205972851 | Alejandro Rivas Santos | Hijo(a) |

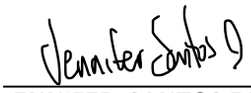
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



JENNIFER SANTOS DURAN
C.C. 1082907879

# REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1205972851

Indicativo Serial: 58276419

*5827641 9*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

| Registraduría | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código | E | N | F |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | | | | | | | | |

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

COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA - NOTARIA 4 SANTA MARTA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| RIVAS | SANTOS |

Nombre(s): ALEJANDRO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2020 Mes OCT Día 14 | MASCULINO | B | POSITIVO |

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

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 16301991-9 |

**Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)**

Apellidos y nombres completos: SANTOS DURAN JENNIFER

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 1082907879 | COLOMBIA |

**Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)**

Apellidos y nombres completos: RIVAS VILLEGAS DANIEL ALEJANDRO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 1082884198 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: RIVAS VILLEGAS DANIEL ALEJANDRO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No. 1082884198 | Daniel Rivas V. |

**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 2020 Mes OCT Día 28 | LIGIA ISABEL GUERRERO ARAUJO<br>Nombre y firma |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

OTRO:CN - CLÍNICA IBEROAMERICANA;28/10/2020

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -