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 CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

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

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**52142-557857**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ARNETH CASTRO BELTRAN	**Banco a consignar:**	BANCO AGRARIO DE COLOMB
Cédula de Ciudadanía	12.000.504	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	acastrob@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	433602003721
IP/Nº de contacto:	3122386071	**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**	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:	5967356/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**25924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACION INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ROL DE INSTRUCTOR TÉCNICO APORTANDO EN LA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN Y ASESORÍA TÉCNICA PARA EL EMPRENDIMIENTO RURAL Y CAMPESINO; DE

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.535.410
Número de pago	**7**	**Valor Total del Contrato:**	$ 46.606.230
Valor Bruto Pago:	**$ 5.178.470,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.356.940

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.178.470	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	5,05%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 307.281
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 5.178.470		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 10.356.940**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 6.088.446**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 307.281**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4566323781**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.071.388	$ 2.071.388
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 259.000	$ 259.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 331.500	$ 331.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 10.900	$ 10.900
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 331.500	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 259.000	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 10.900	
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		$ 1.035.694	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 27.886.012	$ 2.030.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.323.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	6.088.446,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.587.970,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	307.281,00	5,05%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551 - QUIBDO	9.176,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	77.677,00	1,500%
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	**$4.784.336,00**	

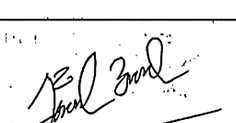
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

En este mes de septiembre del presente año realice las siguientes actividades, siguiendo las normas de bioseguridad en el trabajo, para evitar los accidentes laborales en el aula de clase y en las prácticas de campo. Termine esta formación con los temas propuestos en la planeación y guías, con los resultados de la competencia; en los dos cursos dictados en la comunidad de Mancilla Municipio de Riosucio, (Fichas 3048018, 3048020 Implementación de cultivos en la agricultura urbana):SEMBRAR CULTIVO DE ACUERDO CON MANUAL TÉCNICO Y NORMATIVA. Alistar material vegetal, agro insumos, herramientas y áreas para el establecimiento del cultivo en espacios urbano Mantener el cultivo urbano de acuerdo con criterios técnicos y normativa ambiental. Proponer acciones de mejora al proceso del establecimiento de cultivo. Sembrar material vegetal de acuerdo al requerimiento técnico del cultivo con base en métodos de siembra, condiciones edafo-climáticas y criterios técnicos. En campo, alistamos las semillas a sembrar en los terrenos preparado para esta práctica, Agro insumos y Herramientas. Preparamos el sustrato para la propagación de los cultivos, desinfectamos el abono orgánico.

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



ARNETH CASTRO BELTRAN
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

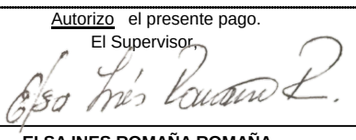
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



ELSA INES ROMAÑA ROMAÑA
INSTRUCTOR G15

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

JHON DERLYNG CARDONA DELGADO

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

09/09/24 15:41:37 USUARIO: SIC - C.C. 12000504

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

QUIBDO, 1 de Marzo del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
QUIBDO

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	1039100607	YARLETH SOFIA CASTRO RUIZ	Hijo(a)

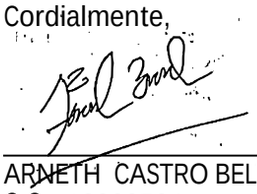
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



ARNETH CASTRO BELTRAN
C.C. 12000504

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 0310917

NUIP 1.039.100.607

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

CASTRO RUIZ YARLETH SOFIA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	1	5	Mes	M	A	R	Día	2	5	FEMENINO	O +

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

COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	1	5	Mes	A	B	R	Día	0	6	0054454710

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

RUIZ POLO YANERIS ESTHER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 49.720.077	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

CASTRO BELTRAN ARNETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 12.000.504	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

CASTRO BELTRAN ARNETH

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 12.000.504

Espacio para notas

VALIDO SIN SELLO DCTO 2150/95

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA ANTIOQUIA NECOCLI	0 7 B

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											Nombre y firma del funcionario
Año	2	0	1	5	Mes	A	B	R	Día	0	6	LUZ STELLA DE ARCO SILGADO

Registrador del Estado Civil



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	12000504
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ARNETH CASTRO BELTRAN CASTRO BELTRAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	CIUDAD BOLIVAR	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CL 48 N 43-18 2395370	TELÉFONO:	8277777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4566323781**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/08/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9999794589

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 331.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 331.500	$ 0	$ 331.500
SUBTOTALES:										**$ 331.500**	**$ 0**	**$ 331.500**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 259.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.000	$ 0	$ 0	$ 259.000
SUBTOTALES:													**$ 259.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 259.000**

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	$ 10.900	$ 10.900	$ 0	$ 0	$ 10.900
SUBTOTALES:									**$ 10.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 10.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 12000504	CASTRO BELTRAN ARNETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.071.388				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.071.388	$ 331.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 331.500	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.071.388	$ 259.000	$ 0	$ 259.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.071.388	12000504	$ 10.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 601.400**