



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 INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL-SANTANDER

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

Código Regional	68
Código Centro	922410
Fecha Elaboración	9 Setiembre de 2024
Versión	MARZO 2024 - 2,24
ID de Proceso	18736-165239

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GLORIA MILENA ROJAS MORENO	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	52.192.623	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	gmrojas@senae.edu.co	Número de Cuenta:	24075685571
IP/Nº de contacto:	3008880785	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:	5866586/2024	Nº Compromiso SIIF	4624	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		68-9224-051 Prestar servicios profesionales de carácter temporal para orientar programas de formación titulada, complementaria y virtual programada en el Centro Industrial de Mantenimiento Integral y su área de influencia en la red de conocimiento de electronica y automatización - área temática mantenimiento de equipo biomedico - , vigencia 2024			

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/09/2024	Al	30/09/2024	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 15.331.705
Número de pago	8			Valor Total del Contrato:	\$ 46.292.817
Valor Bruto Pago:			\$ 4.465.545,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 10.866.160

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.465.545	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	2,86%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 150.785
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 4.465.545		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 8.931.090	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 5.264.781	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 150.785

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

		Setiembre	Agosto		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	79689446		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218	\$ 1.786.218		
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 IV		\$ -	\$ 0		
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 285.800			
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 223.300			
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		\$ 893.109			
Salud hasta	\$ 753.040	\$ -			
Renta Exenta 25%	\$34.082.904	\$ 1.755.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 6.857.272				
Retención en la Fuente Contingente		\$			

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.264.781,00	TARIFA	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.465.545,00		
Valor base IVA	0,00		
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%	
Menos Retención en la Fuente	150.785,00	2,86%	
Menos Retencion IVA	0,00	15%	
Reteica - 8530 - GIRON CON BOMB	26.793,00	0,600%	
	-	0,00	0%
	-	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%	
Sobretasa Bomberil	1.340,00	5,000%	
	0,00		
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00		
VALOR A PAGAR	\$4.286.627,00		

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

tutilada 2874222
titulada 2997237
autoevaluacion
apoyo registro calificado

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

Julia Ryan

GLORIA MILENA ROJAS MORENO
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 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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor.

ADRIANA MARCELA MARTINEZ RIVERA
INSTRUCTOR G13

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

CLAUDIA MARCELA MURILLO SALGUERO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

Listo

Finalizaste tu pago



Pago exitoso

\$512.000,00

6 sep, 2024--9:12:01 PM

Producto o servicio	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
	COMPENSAR-OI
Pagaste con	Cuenta de Ahorros *2850
Código de confirmación (CUS)	897605584
IP	161.10.65.11

Volver al comercio

Imprimir comprobante

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA FISCALES Y SALUD			
CC	52192823	GLORIA MILENA ROJAS MORENO	Cra 20 112-51	8727248	glomile.2021@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	1- Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	SI			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	79689446	\$512,000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	224,000	0		0	3	500	224,500
									1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substancia	Días Mora	No. Afiliados
25-14	Cdperpensiones	900338004-7	286,800	0	0	0	0	3	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Días Mora	
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	Cotización	No. Afiliados

TOTALES CAJAS									
			Nombre						
Código CCF			NIT		Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARA FISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	3	0	0	0
0	3	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LWA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	224,000	224,500
Pensión	1	286,800	287,500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	510,800	512,000

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
					0
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	796898446	TOTAL A PAGAR
					\$512.000

ADAGP

NUIP

1011093590

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTOIndicativo
Serial

40178088

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A 1 F
---------------	--------------------------	---------	-------------------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------	-------

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C. - BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

MANTILLA

ROJAS

Nombre(s)

JUAN DANIEL

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo Sanguíneo

Factor RH

Año

2006

Mes

ABR

Día

23

MASCULINO

A

+

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C. - BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLI. MARLY

A. 7261048

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROJAS MORENO GLORIA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 52192623

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MANTILLA CARVAJAL CARLOS DANIEL

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 13540602

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MANTILLA CARVAJAL CARLOS DANIEL

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 13540602

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)

X.X.X.X.X

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)

X.X.X.X.X

Firma

Fecha de inscripción

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año

2006

Mes

ABR

Día

26

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ELABORO SANDRA AVILA

EL REGISTRO TIENE VIGENCIA
PERMANENTE

ART 2 - DECRETO 2300 DE 1000



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Girón, 9 de septiembre del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Girón, Santander

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:

C.C.	1011093590	Juan Daniel Mantilla Rojas	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,

GLORIA MILENA ROJAS MORENO
C.C. 52192623