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 TOLIMA

DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO

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

Código Regional	**73**
Código Centro	**101073**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**57125-323094**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DIANA CAROLINA OTALORA MANCHOLA	**Banco a consignar:**	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	1.110.482.047	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dcotaloram@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	402746015
IP/Nº de contacto:	84304	**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?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	SI
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:	5797505/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**7324**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SENA Y A LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES DE EMPRENDIMIENTO, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS DE LA COORDINACIÓN NA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024 Al 31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 14.655.000
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 53.735.000
Valor Bruto Pago:	**$ 4.885.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 9.770.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.885.000	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	**$ 4.885.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.872.300**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9474351066**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.954.000	$ 1.954.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 244.300	$ 244.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 312.700	$ 312.700
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 10.200	$ 10.200
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		$ 488.500	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 957.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.843.325		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.872.300,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.885.000,00	
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 - 7010 - IBAGUE	14.655,00	0,300%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Bomberos	879,00	6,000%
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	**$4.869.466,00**	

SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizo asesoría de seguimiento a las empresas que se encuentran en puesta en marcha FE, FORT y OFF.

Formulación de 4 proyectos presentados a la convocatoria verde (1), Conv. Campesina (2), Conv. Ecoturismo (2)

Se realizo entrenamiento a emprendedores con la participación de 11 personas.

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

CAROLINA OTALORA

DIANA CAROLINA OTALORA MANCHOLA
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,

ANA MARÍA GONZÁLEZ ARIAS
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
MARTHA LUCIA AYALA JARA
DIRECTORA REGIONAL (E)

21/10/24 14:37:59 USUARIO: SIC - C.C. 1110482047

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 1110482047		OTALORA MANCHOLA DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 127 #7-44 Etp II Casa 103	IBAGUE-TOLIMA	3107916276	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	953228697	9474351066	I	2024/10/10	2024/10/02	BANCO AV VILLAS	0	$567,500

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,955,000	$312,800			$1,955,000	$244,400			$0	$0			$1,955,000	$10,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,955,000	$312,800			$1,955,000	$244,400			$0	$0			$1,955,000	$10,300		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,955,000	$312,800			$1,955,000	$244,400			$0	$0			$1,955,000	$10,300		$0	$0
1	CC 1110482047	OTALORA DIANA	230301	30	$1,955,000	$312,800	EPS005	30	$1,955,000	$244,400		0	$0	$0	14-23	30	$1,955,000	$10,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,955,000	$312,800			$1,955,000	$244,400			$0	$0			$1,955,000	$10,300		$0	$0

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 1110482047		OTALORA MANCHOLA DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 127 #7-44 Etp II Casa 103	IBAGUE-TOLIMA	3107916276	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	953228697	9474351066	I	2024/10/10	2024/10/02	BANCO AV VILLAS	0	$567,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$312,800	$0	$0	$312,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$312,800	$0	$0	$312,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,300	$0	$0	$10,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,300	$0	$0	$10,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$244,400	$0	$0	$244,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$244,400	$0	$0	$244,400
TOTAL				**1**	**$567,500**	**$0**	**$0**	**$567,500**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, 23 de octubre de 2024

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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:

T.I.	**1201474669**	**Daniel Santiago Reyes Otálora**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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,

CAROLINA OTALORA
FIRMA

Nombre: Diana Carolina Otálora Manchola

C.C. 1.110.482.047

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1201474669

Indicativo Serial 60765451

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 08 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** E M H

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

COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
REYES	OTALORA

Nombre(s)

DANIEL SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes ENE Día 08	MASCULINO	A	POS

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

COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	15627143-9

Datos de la 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

OTALORA MANCHOLA DIANA CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1110482047 DE IBAGUE	COLOMBIANA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

REYES VILLALOBOS DANY JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 80757450 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

REYES VILLALOBOS DANY JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 80757450 DE BOGOTA D.C.	

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 ENE Día 09	ESPERANZA RODRIGUEZ ACOSTA

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA 8a. IBAGUE Esperanza Rodriguez Acosta

* 6 0 7 6 5 4 5 1 *

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -