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	Octubre de 2024
Versión	MARZO 2024 - 2,24
ID de Proceso	77154-668737

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	01/10/2024	Al	31/10/2024	Saldo Anterior del Contrato:	$ 14.481.282
Número de pago	9			Valor Total del Contrato:	$ 49.879.971
Valor Bruto Pago:		$ 4.827.094,00		Nuevo Saldo del Contrato:	$ 9.654.188

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.827.094	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 481.000	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 5.308.094	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 3.162.785	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		----------	9472277049	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.162.785,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.930.838	$ 1.930.838	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.757.694,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 241.400	$ 241.400	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 309.000	$ 309.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I		$ 10.100	$ 10.100	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - SANTA MARTA	33.304,00	0,700%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		-	0,00	0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Pro-Hospital	106.162,00	2,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 530.809		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.054.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 8.211.707					
Retención en la Fuente Contingente		$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	$4.687.628,00	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participar en los equipos de diseño y desarrollo curricular

Participar y apoyar activamente los planes de Inducción, sensibilizaciones

Desarrollar las formaciones con base en el modelo pedagógico

Diseñar e implementar acciones de formación para fortalecer las capacidades de investigación de los aprendices

Socializar actividades y buenas prácticas ejecutadas en las acciones de formación con el fin de ser divulgadas y recopiladas

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

Mantener actualizada la información del proceso formativo

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

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,

ANA MARIA LONDOÑO COLORADO
TECNICO G03

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)

20/10/24 21:52:29 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
2024-09	2024-09	972207785	9472277049	I	2024/10/18	2024/10/10	BANCOLOMBIA	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
2024-09	2024-09	972207785	9472277049	I	2024/10/18	2024/10/10	BANCOLOMBIA	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)

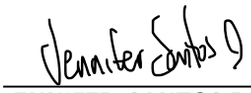
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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 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 -