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

CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION TOLIMA

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

Código Regional	**73**
Código Centro	**922610**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**62516-138584**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DAHIANA MELISSA MORENO AREVALO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.110.518.126	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dmorenoa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	488408646104
IP/Nº de contacto:	86088	**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:	6076606/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**93224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestación servicios personales de apoyo a la gestión, para impartir formación en el Programa de Formación Regular (REGULAR - TRANSVERSAL Y O COMPLEMENTARIA PRESENCIAL). dentro de las RED INS. DE ENSEÑANZA DE IDIOMAS - INSTITUCIONAL DE LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS - INGLES PRESENCIAL del Programa de Formación Regular del Centro de

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024**	**Al**	**31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 11.015.011
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 40.636.460
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 6.549.466

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	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	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.625.490**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9474043815**
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	I	$ 9.400	$ 9.400
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		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 875.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.792.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	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	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8541 - IBAGUE	13.397,00	0,300%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Bomberos	804,00	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	**$4.451.344,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

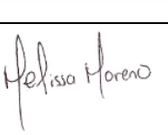
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formación a fichas asignadas

Participar en lapreparación y ejecución de la semana de los idiomas

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



DAHIANA MELISSA MORENO AREVALO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

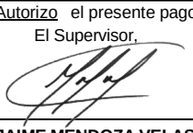
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



JORGE JAIME MENDOZA VELASQUEZ
COORDINADOR ACADÉMICO

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
ALEXANDER MONTEALEGRE RAMIREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110518126		MORENO AREVALO DAHIANA MELISSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VILLA CAFE TR H AP 103	IBAGUE-TOLIMA	3203921305	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	975850520	9474043815	I	2024/10/07	2024/10/11	BANCO DAVIVIENDA	4	$520,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1110518126	MORENO AREVALO DAHIANA MELISSA																		230201	30	$1,786,218	$285,800	EPS005	30	$1,786,218	$223,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,786,218	$9,400	0	$0	$0	No	$518,500
Total	**Afiliados(1)**																						$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0		$518,500

2024/11/05 11:21 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110518126		MORENO AREVALO DAHIANA MELISSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	VILLA CAFE TR H AP 103	IBAGUE-TOLIMA	3203921305	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	975850520	9474043815	I	2024/10/07	2024/10/11	BANCO DAVIVIENDA	4	$520,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,800	$900	$0	$286,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$285,800	$900	$0	$286,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$100	$0	$9,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$100	$0	$9,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,300	$700	$0	$224,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$223,300	$700	$0	$224,000
TOTAL				**1**	**$518,500**	**$1,700**	**$0**	**$520,200**

2024/11/05 11:23 AM


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.107.987.047
RUBIANO MORENO
APELLIDOS
LUCIANA
NOMBRES
Luciana Rubiano
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-2016
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
10-FEB-2034 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
06-JUN-2023 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
ÍNDICE DERECHO
P-2900150-01391854-F-1107987047-20231103 0136856801A 2 8508453508

DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1107982794

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55548079

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Alcaldía ☒ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1 6 1

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido: RUBIANO | Segundo Apellido: MORENO

Nombre(s): LUCIA

Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 6 | Mes F E B | Día 1 0 | Lugar de nacimiento: FEMENINO | Sexo: O | Peso en gramos: 3051 LIBRO

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

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número serial del documento antecedente: 13259147-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MORENO AREVALO DAHIANA MELISSA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1110511126 de IBAGUE TOLIMA

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RUBIANO FAJARDO JAIME FREDYS

Documento de identificación (Clase y número): CC 12203717 de LA PLATA HUILA

Nacionalidad: COLOMBIANO

Apellidos y nombres completos: MORENO AREVALO DAHIANA MELISSA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1110511126 de IBAGUE TOLIMA

Firma

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: 0 1 de F E B de 2

Nombre y firma del funcionario que autoriza

TERESA DE JESUS ALDANA ORTIZ

Firma y sello

Huella índice derecho

Firma

Nombre y firma del declarante cuando quien no haya el hecho vitalicio

TERESA DE JESUS ALDANA ORTIZ

Firma y sello

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 2o FOLIO 139

- COPIA AL PASAR LA OFICINA DE REGISTRO -

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

IBAGUE, 13 de Marzo del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
IBAGUE

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	**1107987047**	**Luciana Rubiano Moreno**	**Hijo(a)**

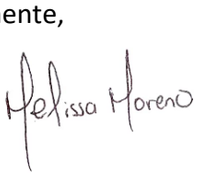
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



DAHIANA MELISSA MORENO AREVALO
C.C. 1110518126