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 AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA

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

Código Regional	**73**
Código Centro	**912310**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**74362-666080**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	YENY ALEXANDRA CASTRO SALINAS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.104.774.166	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	yecastros@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	07931423163
IP/Nº de contacto:	84092	**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:	5880906/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**35124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestación servicios personales de carácter temporal como Instructor para planear, ejecutar y orientar la Formación Profesional Integral en las redes y áreas temáticas de formación, que programe el Centro Agropecuario La Granja en sus diferentes niveles en modalidad presencial, virtual y a distancia, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2024**	**Al**	**30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 14.523.000
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 43.569.000
Valor Bruto Pago:			**$ 4.230.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.293.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.230.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	1,92%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 95.461
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.230.000		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.460.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.973.600**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 95.461**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7940887520**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.692.000	$ 1.692.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 211.500	$ 211.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 270.800	$ 270.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.900	$ 8.900
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 270.800	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 211.500	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 8.900	
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		$ 846.000	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.658.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.420.075		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.973.600,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.230.000,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	95.461,00	1,92%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551 - ESPINAL	21.150,00	0,500%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-Universidad	0,00	0,000%
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	**$4.113.389,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO TRECE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el periodo del 1 al 30 de septiembre de 2024 se realizaron las siguientes actividades:

Realizar alistamiento y planeación de las fichas de formación complementaria virtual en las fichas 3085779, 3085780, 3085781, 3085782

Publicar mensajes sobre las actividades a realizar y motivando la realización de estas, promoviendo el ingreso a la plataforma en las

Atender las preguntas de los aprendices de las fichas 3085779, 3085780, 3085781, 3085782 sobre Actualización del Sistema de Gestión de

Ejecutar el desarrollo de la formación complementaria virtual de acuerdo con los procedimientos establecidos por le entidad de las fic

Realizar retroalimentación de evidencias de Aprendizaje presentadas por los aprendices fichas 3085779, 3085780, 3085781, 3085782 sobre

Evaluar los Resultados de Aprendizaje desarrollados de las fichas 3085779, 3085780, 3085781, 3085782 sobre Actualización del Sistema d

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

Yeny Alexandra Castro S

YENY ALEXANDRA CASTRO SALINAS
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,

Firmado digitalmente por Andres Josue Piñeros Hernandez
Fecha: 2024.10.22 10:34:25 -05'00'

ANDRES JOSUE PIÑEROS HERNANDEZ
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
JUAN CAMILO SOTO DIAZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1104774166
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YENY ALEXANDRA CASTRO SALINAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CALLE 10A NO 7-32 APTO 5B	TELÉFONO:	5157404
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Servicios de seguros sociales de riesgos profesio
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7940887520**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		31			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/10/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		987130923

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 271.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.100	$ 0	$ 271.200	$ 6.100	$ 277.300
SUBTOTALES:										**$ 271.200**	**$ 6.100**	**$ 277.300**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 211.900	$ 0	$ 4.800	$ 0	$ 211.900	$ 4.800	$ 0	$ 216.700
SUBTOTALES:													**$ 211.900**	**$ 4.800**	**$ 0**	**$ 216.700**

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	$ 8.900	$ 8.900	$ 200	$ 0	$ 9.100
SUBTOTALES:									**$ 8.900**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 9.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD					ARP										CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
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	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1104774166	CASTRO SALINAS YENY ALEXANDRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.695.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.695.000	$ 271.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 271.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.695.000	$ 211.900	$ 0	$ 211.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.695.000	110477416	$ 8.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 503.100**

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

IBAGUE, 5 de Febrero 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	1110547273	Isabella Grimaldo Castro	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,

Yeny Alexandra Castro S

YENY ALEXANDRA CASTRO SALINAS
C.C. 1104774166

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.110.547.273

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52297220

- 52297220 -

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policia [ ] **Código** T Z A

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

REGISTRADURIA DE IBAGUE - COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GRIMALDO	CASTRO

Nombre(s)

ISABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes MAY Día 18	FEMENINO	O	POSITIVO

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 MEDICO O DE NACIDO VIVO	11440629-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CASTRO SALINAS YENY ALEXANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.104.774.166	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GRIMALDO ARTEAGA GABRIEL ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 11.220.310	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GRIMALDO ARTEAGA GABRIEL ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 11.220.310	

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 2012 Mes MAY Día 28	LUIYEN BARRERO S. MARINA L. TORO A. Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
	LUIYEN BARRERO S. MARINA L. TORO A. Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORGANIZACION ELECTORAL
Registraduría del Estado Civil
IBAGUE - TOLIMA
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
JUN 2012
IBAGUE

PROTECCION PROTECTION