



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 AGROTURISTICO - SANTANDER

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

Código Regional	68
Código Centro	954110
Fecha Elaboración	31 de Octubre de 2024
Versión	MARZO 2024 - 2,24
ID de Proceso	39115-374238

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARTHA LILIANA DUARTE MAYORGA	Banco a consignar:	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	37.896.626	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	mlduarte@sena.edu.co	Número de Cuenta:	24055156916
IP/N° de contacto:	3005286439	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:	5975459/2024	Nº Compromiso SIIF	38424	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR : PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL: TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA PROGRAMADA EN EL CENTRO AGROTURISTICO EN LA RED DE CO PECUARIO PL 9 M Y 24 D V4465545 MEN			

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/10/2024	Al	31/10/2024	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 12.503.526
Número de pago	8			Valor Total del Contrato:	\$ 43.762.341
Valor Bruto Pago:			\$ 4.465.545,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 8.037.981

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.465.545	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	1,69%
Ingresos por comisiones	\$ 3.391.059	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 82.834
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 7.856.604	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 4.907.144	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 82.834

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

		Octubre	Setiembre		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	30869816	Base retención en la fuente a título de RENTA	4.907.144,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218	\$ 1.786.218	Base retención en la fuente a título de ICA	7.856.604,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300	\$ 223.300	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800	\$ 285.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	82.834,00 1,69%
ARL II		\$ 18.700	\$ 18.700	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	-	Reteica - 8551	0,00 0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	-		0,00 0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	-		0,00 0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -	-		0,00 0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -	-	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -	-	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -	-	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Dependientes hasta		\$ 785.660	-	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Salud hasta	\$ 753.040	\$ -	-	Sobretasa Bomberil	0,00 10,000%
Renta Exenta 25%	\$30.984.458	\$ 1.636.000	-		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 8.210.000		-	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR	\$4.382.711,00

SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SETECIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 3072422	AA: aplicar plan sanitario según especie animal	Día 9,10,29,30	Total horas: 32
Ficha 3068728	AA: aplicar plan sanitario según especie animal	Día: 7,8,14,15	Total horas: 28
Ficha 3072425	AA: implementar producción alimento balanceado	Día 2	Total horas: 8
Ficha 3097964	AA: realizar labores de manejo de galpones	Día: 18,19	Total horas: 16
Ficha 3094280	AA: realizar labores de manejo de galpones	Día: 11,12,25,26	Total horas: 32
Ficha 3071818	AA: aplicar plan sanitario según especie animal	Día 17,31	Total horas: 16
Ficha 3022575	AA: aplicar plan sanitario según especie animal	Día 4	Total horas: 4
Ficha 3066757	AA: aplicar plan sanitario según especie animal	Día 22,23	Total horas: 16
Ficha 3072255	AA: implementar producción alimento balanceado	Día 21	Total horas: 8
TOTAL HR COMPLEMENTARIAS CAMPESENA OCTUBRE: 160			

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

MARTHA LILIANA DUARTE MAYORGA
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,


OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO
INSTRUCTOR G20

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

CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)



RAZÓN SOCIAL :	MARTHA LILIANA DUARTE MAYORGA
IDENTIFICACIÓN:	CC-37896626
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	martha
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-10-15
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-07
FECHA DE PAGO:	2024-10-02
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-09
NÚMERO PLANILLA:	30869816
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30869816
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.786.218	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 223.300	\$ 223.300
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.786.218	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 285.800	\$ 285.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.786.218	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 18.700	\$ 18.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 527.800	\$ 527.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	08/11/2024
----------------------------------	------------



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 1 de Marzo del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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	1102489121	ALICIA ALEJANDRA CARREÑO DUARTE	Hijo(a)
----	------------	------------------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

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,

MARTHA LILIANA DUARTE MAYORGA
C.C. 37896626

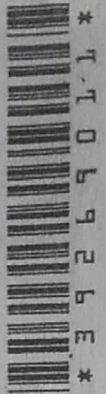


ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1102489121

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39269011



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R 8 L

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA-SANTANDER-SOCORRO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datos del inscrito

Primer Apellido CARREÑO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Segundo Apellido DUARTE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nombre(s) ALICIA ALEJANDRA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha de nacimiento Año 2008 Mes FEB Día 11 Sexo (en letras) FEMENINO XX Grupo Sanguíneo "A" Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA-SANTANDER-SOCORRO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO XXXXXXXXXXXXXXXX 50012483-2 XX

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos DUARTE MAYORGA MARTHA LILIANA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 37.896.626 DE SAN GIL (SDER) XXXXXXXX Nacionalidad COLOMBIANA XXX

Datos del padre

Apellidos y nombres completos CARREÑO VARGAS RAUL MIGUEL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 91.107.101 DE SOCORRO (SDER) XXXXXXXX Nacionalidad COLOMBIANA XXX

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos CARREÑO VARGAS RAUL MIGUEL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 91.107.101 DE SOCORRO (SANTANDER) XXXXX Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Firma

Fecha de inscripción Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año 2008 Mes FEB Día 20 ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO