

SENA

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 SANTANDER

CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES-SANTANDER

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

Código Regional68

Código Centro954510

Fecha Elaboración21 Noviembre de 2024

VersiónMARZO 2024 - 2,24

ID de Proceso83983-534503

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:
Cédula de Ciudadanía
Correo electrónico:
IP/N° de contacto:
Inducción SST:
Régimen del IVA:

RUTH CATALINA ACEVEDO CARDENAS
63.398.539
racevedoc@sena.edu.co
3213180513
SI
NO RESPONSABLE

Banco a consignar:
Tipo de cuenta:
Número de Cuenta:
Presta Servicios Excluidos de IVA:
Pertenece al régimen simple de tributación:
Es declarante de renta por el año gravable 2023

BANCOLOMBIA
AHORROS
31298018805

NO
NO
NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000
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)
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?
Concepto del pago corresponde a:
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.

NO
NO
NO
NO
Ninguno
0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:6874018/2024

Nº Compromiso SIIF256924

Número de pagos durante la vigencia del contrato3

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripción del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE FORMACION AREA TEMATICA AGROINDUSTRIA Y DEMAS DE SU COMPETENCIA, PROGRAMA CAMPESENA EN EL CATA VIG 2024 PL 2M7D VM 4465545

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del01/11/2024Al30/11/2024

Número de pago2

Valor Bruto Pago:\$ 4.465.545,00

Saldo Anterior del Contrato:\$ 6.623.893

Valor Total del Contrato:\$ 9.973.051

Nuevo Saldo del Contrato:\$ 2.158.348

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios\$ 4.465.545
Ingresos por comisiones\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes\$ 3.349.158
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO\$ 7.814.703
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE\$ 4.582.533

Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas0,46%
Retencion en la Fuente del Periodo\$ 21.158

Menos, ReteFuente Otros Ingresos\$ 0
TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO\$ 21.158

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS

Ingreso Base de Cotización - IBC

Aporte obligatorio a seguridad social salud

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional

ARLII

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

Salud hasta

Renta Exenta 25%

Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.

Retención en la Fuente Contingente

Noviembre-----

\$ 1.786.218

\$ 223.300

\$ 285.800

\$ -

\$ 18.700

\$ 214.400

\$ 167.500

\$ 14.000

\$ -

\$ -

\$ -

\$ 781.470

\$ 753.040

\$ 9.295.337

\$ 655.000

\$

Octubre31633188

\$ 1.339.663

\$ 167.500

\$ 214.400

\$ 0

\$ 14.000

\$ -

\$ -

\$ -

Base retención en la fuente a titulo de RENTA4.582.533,00

Base retención en la fuente a titulo de ICA4.465.545,00

Valor base IVA0,00

IVA (Si es RESPONSABLE)0,0019%

Menos Retención en la Fuente21.158,000,46%

Menos Retencion IVA0,0015%

Reteica - 82990,000,600%

-0,000,600%

-0,000,600%

-0,000,600%

-0,000,600%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Sobretasa Bomberil0,0010,000%

Descuentos de embargo (Si tiene)0,00

VALOR A PAGAR\$4.444.387,00

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación al programa PROCESOS BASICOS DE PANADERIA Capitanejo 20 Horas

Impartir formación al programa PREPARACION DE ALIMENTOS Cerrito 70 Horas

Impartir formación al programa TECNICO PROCESAMIENTO DE DERIVADOS LACTEOS Concepcion 70 Horas

TOTAL REPORTE 160 HORAS

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

RUTH CATALINA ACEVEDO CARDENAS
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,

CAROLINA MESA BARRERA
COORDINADORA DE FORMACIÓN

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
YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02



RAZÓN SOCIAL :	RUTH CATALINA ACEVEDO CARDENAS
IDENTIFICACIÓN:	CC-63398539
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-11-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-11-18
FECHA DE PAGO:	2024-11-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO POPULAR
PERÍODO PENSIÓN:	2024-10
PERÍODO SALUD:	2024-10
NÚMERO PLANILLA:	31633188
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31633188
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.786.218	\$ 0	\$ 0	\$ 800	\$ 223.300	\$ 224.100
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.786.218	\$ 0	\$ 0	\$ 1.100	\$ 285.800	\$ 286.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.786.218	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 18.700	\$ 18.800
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 2.000	\$ 527.800	\$ 529.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/12/2024
----------------------------------	------------



PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Málaga, 18 de Noviembre 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.	1096955720	JUAN ANDRES PIESCHACON ACEVEDO	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,

Ruth Catalina Acevedo

FIRMA

Nombre: RUTH CATALINA ACEVEDO CARDENAS

C.C. 63.398.539

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES



En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	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.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal



REPÚBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 5560819

NUIP 1.096.955.720

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Acreditar
Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

PIESCHACON ACEVEDO JUAN ANDRES

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Año

2

0

1

2

Mes

D

I

C

Día

3

0

MASCULINO

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

O +

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

COLOMBIA SANTANDER MALAGA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Año

2

0

1

3

Mes

E

N

E

Día

0

9

0051966362

Indicativo serial

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

ACEVEDO CARDENAS RUTH CATALINA

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 63.398.539

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

PIESCHACON TURRIAGO CAMILO ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 79.804.856

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

PIESCHACON TURRIAGO CAMILO ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 79.804.856

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA SANTANDER MALAGA

Código

Q

4

Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año

2

0

1

3

Mes

E

N

E

Día

0

9

Nombre y firma del funcionario

JUAN ANDRES FUENTES BLANCO

Registrador del Estado Civil





REPÚBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 5560819

NUIP 1.096.955.720

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Acreditar
Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

PIESCHACON ACEVEDO JUAN ANDRES

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Año 2 0 1 2 Mes D I C Día 3 0 MASCULINO

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

O +

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

COLOMBIA SANTANDER MALAGA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Año 2 0 1 3 Mes E N E Día 0 9 0051966362

Indicativo serial

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

ACEVEDO CARDENAS RUTH CATALINA

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 63.398.539

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

PIESCHACON TURRIAGO CAMILO ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 79.804.856

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

PIESCHACON TURRIAGO CAMILO ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 79.804.856

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA SANTANDER MALAGA

Código

Q 4 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2 0 1 3 Mes E N E Día 0 9

Nombre y firma del funcionario

JUAN ANDRES FUENTES BLANCO

Registrador del Estado Civil

