

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 Regional		68	
			Código Centro		954510	
			Fecha Elaboración		18 Noviembre de 2024	
			Versión		MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso		63982-826568	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		LABRIANA ALVARADO MANRIQUE		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		63.396.483		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		lalvaradom@sena.edu.co		Número de Cuenta:		31202193288
IP/N° de contacto:		3103535158		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						
N° del contrato:		6908586/2024		N° Compromiso SIIF		283424
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		3
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE FORMACION AREA TEMATICA AGRICOLA Y DEMAS DE SU COMPETENCIA, PROG CAMPESENA EN EL CATA VIG 2024 PL 1M29D VM 4465545				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/11/2024		Al		30/11/2024
Número de pago		2		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 6.549.466
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 8.782.239
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 2.083.921
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas		2,96%
Ingresos por comisiones		\$ 2.162.925		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 156.948
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 2.232.773				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 8.861.243		Menos, ReteFuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 5.297.219		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 156.948
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		4571932745		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.300.000		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 162.500		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 208.000		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA
ARL		\$ 18.700		\$ 13.600		Reteica - 8299
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 208.000				
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 162.500				
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 13.600				
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Otras Retenciones
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones
Dependientes hasta		\$ 886.124				Otras Retenciones
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Sobretasa Bomberil
Renta Exenta 25%		\$ 9.295.337		\$ 1.766.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 462.000				
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)
						VALOR A PAGAR
						\$4.308.597,00
SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Fichas. 3116436, Municipio de San Andrés, vereda el pire. 38 horas						
Fichas. 3116410, Municipio de Carcasi vereda san jacinto 52 horas						
Fichas. 3119711, Municipio de San José de Miranda el alto 56 horas						
Implementar plan de fertilización en cultivos agrícolas según sistema de producción, criterios técnicos y normatividad vigente						
Fichas(en tramite), Municipio de Carcasi vereda san jacinto 14 horas						
TOTAL 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						
LABRIANA ALVARADO MANRIQUE 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,						
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						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 63396483
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LABRIANA ALVARADO MANRIQUE	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 7A N 16A-10	TELÉFONO: 7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4571932745	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9990567558

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 286.000
SUBTOTAL:					1	\$ 286.000
SALUD						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS			1	\$ 223.400
SUBTOTAL:					1	\$ 223.400
RIESGOS PROFESIONALES						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.			1	\$ 18.700
SUBTOTAL:					1	\$ 18.700

VALOR SIN MORA:	\$ 528.100
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 528.100



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 15 de septiembre del 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.	1096949371	Laura Sofia Suarez Alvarado	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,

FIRMA

Nombre: Labriana Alvarado Manrique

C.C. 63396483 de Malaga



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1096949371*

Tipo de certificado

Datos Esenciales

Acreditar
Parentesco



Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

SUAREZ ALVARADO LAURA SOFIA*****

Tipo Sanguíneo

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Año 2 0 0 6 Mes D I C Día 1 6 FEMENINO***** A +*****

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

COLOMBIA SANTANDER MALAGA*****

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año 2 0 0 7 Mes E N E Día 0 3 0038302472*****

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

ALVARADO MANRIQUE LABRIANA*****

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 63396483***** COLOMBIA*****

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

SUAREZ SEPULVEDA JORGE ENRIQUE*****

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 13927701***** COLOMBIA*****

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

ALVARADO MANRIQUE LABRIANA*****

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 63396483*****

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

Código

COLOMBIA SANTANDER MALAGA***** Q 4 Z

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Nombre y Firma del funcionario

Año 2 0 0 7 Mes E N E Día 1 0

JORGE MAYORGA RUIZ
Registrador del Estado Civil