

SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATO POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL SANTANDER

CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

Código Regional68

Código Centro912210

Fecha Elaboración20 Noviembre de 2024

VersiónMARZO 2024 - 2,24

ID de Proceso35344-974826

DATOS DEL CONTRATISTA

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

ZAYRA PAOLA CABALLERO MONSALVE
37.900.620
zpcaballero@sena.edu.co
3183930063
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
32262241598

SI
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:5810606/2024

Nº Compromiso SIIF5824

Número de pagos durante la vigencia del contrato12

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripción del servicio prestado)

INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR LA CASA SENA MANEJO SEGURO DE REACTIVOS PRODUCTOS Y RESIDUOS QUIMICOS EN EL LABORATORIO PL 320D VR MES \$4.465.530

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del01/11/2024Al30/11/2024

Número de pago11

Valor Bruto Pago:\$ 4.465.530,00

Saldo Anterior del Contrato:\$ 6.549.444

Valor Total del Contrato:\$ 47.632.320

Nuevo Saldo del Contrato:\$ 2.083.914

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios\$ 4.465.530
Ingresos por comisiones\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO\$ 4.465.530
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE\$ 2.618.177

Ninguno
Retencion en la Fuente del Periodo\$ 0

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

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS

Noviembre-----

Octubre7946500431

Ingreso Base de Cotización - IBC\$ 1.786.212

Aporte obligatorio a seguridad social salud\$ 223.300

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión\$ 285.800

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional\$ -

ARLII\$ 18.700

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\$ 446.553

Salud hasta\$ 753.040

Renta Exenta 25%\$37.181.350

Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.\$ 8.125.167

Retención en la Fuente Contingente\$

Base retención en la fuente a titulo de RENTA2.618.177,00

TARIFA

Base retención en la fuente a titulo de ICA0,00

Valor base IVA0,00

IVA (Si es RESPONSABLE)0,0019%

Menos Retención en la Fuente0,000,00%

Menos Retencion IVA0,0015%

Reteica - 82990,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Otras Retenciones0,000,000%

Descuentos de embargo (Si tiene)2.232.765,00

VALOR A PAGAR\$2.232.765,00

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS MICTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formación a aprendices según su perfil correspondiente

Evaluar el proceso de aprendizaje diligenciando oportunamente los formatos correspondientes.

Reportar en el sistema SOFIA PLUS en un plazo máximo de tres (3) días todas las actividades de acuerdo con los procesos que son de su

Reportar valoración de resultados de aprendizaje impartidos según criterios de evaluación.

Cumplir el objeto del contrato descrito según la programación y lugares que el SENA indique.

Participar de reuniones y/o comités citados y/o delegados por la Subdirección de centro.

Hacer buen uso y manejo de herramientas tecnológicas y comunicación.

Conocer y aplicar los procesos, procedimientos, formatos, y demás documentación establecida en el SIGA

Elabora o ajustar de proyecto formativo y materiales de formación

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

ZAYRA PAOLA CABALLERO MONSALVE

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,

FILVIA YAZMIN CORTES MENDEZ

INSTRUCTOR

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
ZEGRID FRANCISCO CADENA CASTANEDA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Piedecuesta, 20 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:

NUIP - NIP	1100974428	Valentina Martinez Caballero	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: Zayra Paola Caballero Monsalve

C.C. 37.900.620

REPUBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP

1.100.974.428

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

152698569

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R A H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE SAN GIL - COLOMBIA SANTANDER - SAN GIL

Datos del inscrito

Primer Apellido MARTINEZ Segundo Apellido CABALLERO
Nombre(s) VALENTINA
Fecha de nacimiento Año 2 0 1 7 Mes M A R Día 0 4 Sexo (en letras) F E M E N I N O Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA SANTANDER SAN GIL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO 13782867-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CABALLERO MONSALVE ZAYRA PAOLA
Documento de Identificación (Clase y número) CC 37.800.620 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ GARZON MIGUEL ARTURO
Documento de Identificación (Clase y número) CC 74.380.992 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ GARZON MIGUEL ARTURO
Documento de Identificación (Clase y número) CC 74.380.992 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

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año 2 0 1 7 Mes M A R Día 0 6

JOSE DANIEL BUITAGO CARDENAS - R

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 37900620
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ZAYRA PAOLA CABALLERO CABALLERO MONSALVE	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 33A N 21A 14	TELÉFONO: 1111111
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:	7946500431	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1061214013

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						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
800224808		230301	230301-PORVENIR		1	\$ 285.800
SUBTOTAL:					1	\$ 285.800
SALUD						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
900156264		EPS037	EPS037-NUEVA EPS		1	\$ 223.300
SUBTOTAL:					1	\$ 223.300
RIESGOS PROFESIONALES						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
860011153		14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 18.700
SUBTOTAL:					1	\$ 18.700

VALOR SIN MORA:	\$ 527.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 527.800