



CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER

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

Código Regional	68
Código Centro	912210
Fecha Elaboración	20 Noviembre de 2024
Versión	MARZO 2024 - 2,24
ID de Proceso	15653-407314

Nombres y apellidos:	MARIA FERNANDA CADENA URIBE	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	63.529.316	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	mfcadena@misena.edu.co	Número de Cuenta:	60215370033
IP/Nº de contacto:	73205	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	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%

Nº del contrato:	5827008/2024	Nº Compromiso SIIF	7824	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
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 REGIONAL INSTITUCIONAL DE LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS - INGLES VIRTUAL PL 314 DIAS VR MES \$2.232.765				

Del	01/11/2024	Al	30/11/2024	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 3.274.722
Número de pago	10			Valor Total del Contrato:	\$ 23.369.607
Valor Bruto Pago:			\$ 2.232.765,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 1.041.957

Ingresos por honorarios	\$ 2.232.765	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.232.765	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.219.388	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

		Noviembre	Octubre		
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	7944189151	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.219.388,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500	\$ 162.500	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000	\$ 208.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00 0,00%
ARL II		\$ 13.600	\$ 13.600	Menos Retencion IVA	0,00 15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	-	Reteica - 8299	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		\$ 223.277		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Salud hasta	\$ 753.040	\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 34.082.904	\$ 406.000			0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 3.766.332			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$		VALOR A PAGAR	\$2.232.765,00

Ejecución de la formación del programa English Level 1 Y 3
de acuerdo con los requerimientos de la comunicación cotidiana, dando cumplimiento a los estándares
para el seguimiento al tutor/instructor en la ejecución
de la formación complementaria con modalidad virtual SENA.

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

MARIA FERNANDA CADENA URIBE
EL CONTRATISTA

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	
<p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;</p> <p>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.</p>	<p><u>Autorizo</u> el presente pago.</p> <p>El Supervisor,</p>
	
	<p>FILVIA YAZMIN CORTES MENDEZ</p>

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 CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

PIEDRECUESTA, 1 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
PIEDRECUESTA

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:

RC	1019916884	Carlota Cote Cadena	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,

MARIA FERNANDA CADENA URIBE
C.C. 63529316



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1019916884

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59852345

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 42 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 5 F

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido

COTE

Segundo Apellido

CADENA

Nombre(s)

CARLOTA

Fecha de nacimiento

Año 2018 Mes NOV Día 15 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

15034436-4

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CADENA URIBE MARIA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 63529316

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

COTE VELOSA JORGE ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 91286219

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

COTE VELOSA JORGE ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 91286219

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

Año 2018 Mes NOV Día 16

Nombre y firma del funcionario que autoriza

NOHORA EMILCE AGUIRRE DECERRA (E)

Reconocimiento paterno

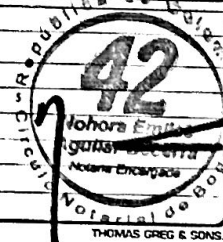
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

EN BLANCO
NOTARIA CUARENTA Y DOS



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 63529316
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MARIA FERNANDA CADENA URIBE	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA 39 NO. 44 - 125, TORRE 2, TELÉFONO:	6995248
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de consultaría de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7944189151	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):	2024/11/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1059340518

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	\$ 208.000
SUBTOTAL:			1	\$ 208.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 162.500
SUBTOTAL:			1	\$ 162.500
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 13.600
SUBTOTAL:			1	\$ 13.600

VALOR SIN MORA:	\$ 384.100
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 384.100