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 TOLIMA

CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA

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

Código Regional	**73**
Código Centro	**912310**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**04310-405677**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NUBIA CONSTANZA BRIÑEZ MINA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	65.739.267	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ncbrinez@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	59765935541
IP/Nº de contacto:	13217	**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%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7064520/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**257724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	2

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales en el rol de instructor de emprendimiento aportando en la planeación, ejecución, evaluación y mejora continua de los procesos de formación y asesoría técnica para el emprendimiento rural y campesino; definidos por la Dirección de Empleo y Trabajo y la Coordinación Nacional del programa SER.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024**	**Al**	**13/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 1.932.667
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 2.230.000
Valor Bruto Pago:		**$ 1.932.667,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.932.667	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 1.374.000	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 297.333		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.604.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.856.400**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9478001746**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 13.600	$ 13.600
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		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 360.400	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 6.196.891	$ 619.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.856.400,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.306.667,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551 - ESPINAL	16.533,00	0,500%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-Universidad	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.916.134,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS DIECISEIS MIL CIENTO TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes de diciembre se realizaron las siguientes actividades

Se realizo reporte de novedades de actividades administrativa de los dias del 2 al 13 de diciembre.

Se realizaron actividades administrativas de gestion documental y entrega de portafolios fisicos y digitales de las fichas: 2963652, 3002351, 3005042, 2992810, 3017462, 2988462, 2973538, 2973521,2973523.

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



NUBIA CONSTANZA BRIÑEZ MINA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

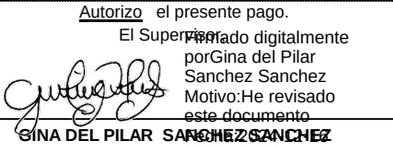
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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



Firmado digitalmente porGina del Pilar Sanchez Sanchez
Motivo:He revisado este documento
Fecha: 2024.12.15 15:06:15 -05:00

GINA DEL PILAR SANCHEZ SANCHEZ
INSTRUCTOR G10

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
JUAN CAMILO SOTO DIAZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65739267		BRIÑEZ MINA NUBIA CONSTANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	OCOBOS V ETAPA BLOQUE 48 APTO 401	IBAGUE-TOLIMA	2782782	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1114440041	9478001746	I	2024/12/16	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$527,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,784,000	$285,500			$1,784,000	$223,000			$0	$0			$1,784,000	$18,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,784,000	$285,500			$1,784,000	$223,000			$0	$0			$1,784,000	$18,700		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,784,000	$285,500			$1,784,000	$223,000			$0	$0			$1,784,000	$18,700		$0	$0
1	CC	65739267 BRIÑEZ NUBIA	230301	30	$1,784,000	$285,500	EPS002	30	$1,784,000	$223,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,784,000	$18,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,784,000	$285,500			$1,784,000	$223,000			$0	$0			$1,784,000	$18,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65739267		BRIÑEZ MINA NUBIA CONSTANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	OCOBOS V ETAPA BLOQUE 48 APTO 401	IBAGUE-TOLIMA	2782782	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1114440041	9478001746	I	2024/12/16	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$527,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,500	$0	$0	$285,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$285,500	$0	$0	$285,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,700	$0	$0	$18,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,700	$0	$0	$18,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,000	$0	$0	$223,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$223,000	$0	$0	$223,000
TOTAL				**1**	**$527,200**	**$0**	**$0**	**$527,200**

SENA - CFP 739123
RADICACION RECIBIDA
N°73-1-2024-006961
09/12/2024 07:25 p.m.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Espinal, 06 de diciembre de 2014

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:

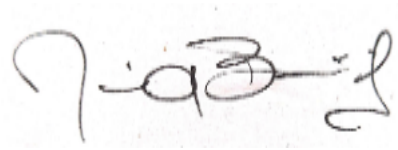
T.I.	**1197464163**	**MARIA ALEJANDRA CASTAÑEDA BRIÑEZ**	**HIJO**

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: _NUBIA CONSTANZA BRIÑÑEZ MINA_
C.C. __65739267 de Ibagué_____

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1197464163 **Indicativo Serial** 43861393

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** E L M

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTAÑEDA * * * * * *	BRIÑEZ * * * * * * *

Nombre(s)

MARIA ALEJANDRA * * * * * * * * * * * * * *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes MAR Día 20	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO * * * * * * * *	* 10065130-0 * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

NUBIA CONSTANZA BRIÑEZ MINA * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 65.739.267 * DE IBAGUE * * * * * * *	* COLOMBIANA * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

JULIO MARTIN CASTAÑEDA DE LOS RIOS * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 93.371.330 * DE IBAGUE * * * * * *	* COLOMBIANA * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JULIO MARTIN CASTAÑEDA DE LOS RIOS * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 93.371.330 * DE IBAGUE * * * *	*

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* * * * * DE * * * * * * * *	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* * * * * D * * * * * * * *	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010 Mes MAR Día 27	JOSE NESTOR VARGAS GARCIA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

IMPRESO POR BANAVANUO S.A. NIT. 860.013.711-5 10303 10-2008

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1197464163 **Indicativo Serial** 43861393

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** E L M

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTAÑEDA * * * * * *	BRIÑEZ * * * * * * *

Nombre(s)

MARIA ALEJANDRA * * * * * * * * * * * * * *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes MAR Día 20	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO * * * * * * * *	* 10065130-0 * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

NUBIA CONSTANZA BRIÑEZ MINA * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 65.739.267 * DE IBAGUE * * * * * * *	* COLOMBIANA * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

JULIO MARTIN CASTAÑEDA DE LOS RIOS * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 93.371.330 * DE IBAGUE * * * * * *	* COLOMBIANA * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JULIO MARTIN CASTAÑEDA DE LOS RIOS * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 93.371.330 * DE IBAGUE * * * *	*

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* * * * * DE * * * * * * * *	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* * * * * D * * * * * * * *	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010 Mes MAR Día 27	JOSE NESTOR VARGAS GARCIA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

IMPRESO POR BANAVANUO S.A. NIT. 860.013.711-5 10303 10-2008

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner