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 AGROTURISTICO - SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**40248-249686**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	37.900.558	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	sbaezp@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0336002569
IP/Nº de contacto:	3187119277	**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 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7520704/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**25925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor de formación titulada, complementaria y/o virtual, y demás de su competencia en la red de conocimiento Servicios Personales, en el área temática Cosmetología y Estética Integral del Centro Agroturístico, Regional Santander.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2025**	**Al**	**31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 17.088.600
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 17.988.000
Valor Bruto Pago:			**$ 2.998.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 14.090.600

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.998.000	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	**$ 2.998.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.708.500**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8635359269**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 1.423.500
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 178.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 227.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 14.900	$ 14.900
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		$ 299.800	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 569.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 97.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.708.500,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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 - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.998.000,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

SEGUIMIENTOS A ETAPAS PRODUCTIVAS DE SERVICIOS PERSONALES A LAS FICHAS 2616103-2693345-2712007-2711725-2876570 2671841-2711735-2557929 2876571-2837822 TC EN PELQUERIA, TC ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA Y TC COSMETOLOGIA Y ESTETICA INTEGRAL FECHAS 1 AL 31 MARZO TOTAL HORAS 70.

ACTIVIDAD:APOYO A PRODUCCIÓN DE CENTRO FECHA 15-22-29 MARZO TOTAL HORAS 20 HORAS

ACTIVIDAD: APOYO TECNICO A BRIGADAS PROYECTO IMPACTO SOCIAL FECHA 8- 15 MARZO 2025 TOTAL HORAS 10

NUMERO DE PLANILLA MES DE FEBRERO:8635359269

TOTAL HORAS MES DE MARZO:100

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



SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ
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
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

21/03/25 08:53:46 USUARIO: SIC - C.C. 37900558

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS
IDENTIFICACIÓN:	CC-37900558
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-03-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-03-17
FECHA DE PAGO:	2025-03-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-02
PERÍODO SALUD:	2025-02
NÚMERO PLANILLA:	8635359269
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8635359269
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	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 400	$ 178.000	$ 178.400
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 500	$ 227.800	$ 228.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 100	$ 14.900	$ 15.000
CCF39	890200106	CAJASAN	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 100	$ 28.500	$ 28.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 449.200	$ 450.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/04/2025

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, Marzo de 2025

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	**1101262864**	**Mya Isabella Meléndez Báez**	**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: Sandra Patricia Báez Porras
C.C. 37900558 San Gil

SENA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1101262864

Indicativo Serial 57542303

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 0 1 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 5 H

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

COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (**NOTARIA PRIMERA**) * * * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido: MELENDEZ * * * * * * * * * * * * * *

Segundo Apellido: BAEZ * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s): * * * * * * * * * * * * * * * * * * MYA ISABELLA * * * * * * * * * * * * * * *

Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 8 Mes S E P Día 1 1

Sexo (en letras): FEMENINO * * * * * *

Grupo sanguíneo: O *

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía): COLOMBIA * SANTANDER * FLORIDABLANCA * * * * * * * * * * * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO *

Número certificado de nacido vivo: 14829640-7 * * *

Datos de la madre o padre

Apellidos y nombres completos: MELÉNDEZ CORTES HELMER *

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 86.063.025 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Nacionalidad: COLOMBIANA * *

Datos de la madre o padre

Apellidos y nombres completos: BÁEZ PORRAS SANDRA PATRICIA *

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 37.900.558 *

Nacionalidad: COLOMBIANA *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MELÉNDEZ CORTES HELMER *

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 86.063.025 * * * * * * *

Firma: [signature]

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 2 0 2 0 Mes S E P Día 0 8

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ÁNGELA YOLIMA SÁNCHEZ ACUÑA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno: [signature] Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: ANGELA YOLIMA SÁNCHEZ ACUÑA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

57542303