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	**31 de Marzo de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**04188-033286**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARTHA LILIANA DUARTE MAYORGA	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	37.896.626	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mlduarte@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24055156916
IP/Nº de contacto:		**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:	7501928/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**23025**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión, en la planeación y ejecución de la formación, así como la evaluación de los resultados de aprendizaje definidos en los diseños curriculares asignados, para el desarrollo de habilidades y competencias técnicas de la población campesina, aportando al fortalecimiento de la economía campesina, familiar, étnica y comunitaria, en concordancia

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2025**	**Al**	**31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 43.848.672
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 45.995.110
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 39.249.161

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.696.860**	**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		----------	**32215261**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.839.804	$ 1.423.500
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 230.000	$ 178.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 294.400	$ 227.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 19.300	$ 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		$ 459.951	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 899.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 378.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.696.860,00	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	**$4.599.511,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 3149058 AA: Controlar funcionamiento unidad pecuaria Días 3,5,10,12,17,19,26,31 Total hr 48

Ficha 3165511 AA: Preparar ración animal según procedimiento técnico Días 8,15,21,22 Total horas: 32

Ficha 3165224 AA: Preparar ración animal según procedimiento técnico Días 6,7,14,28 Total horas: 32

Ficha 3170964 AA: Alimentar especie animal según procedimiento técnico Días 18,20,27 Total horas: 24

Ficha 3181976 AA: Manejar especies pecuarias conforme con criterios técnicos Día 29 Total horas: 8

MES MARZO PROGRAMA CAMPESENA: TOTAL HORAS FORMACION 144 HR

Planilla del ajuste No. 32858813

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

MARTHA LILIANA DUARTE MAYORGA
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,

OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO
INSTRUCTOR G20

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)

25/03/25 15:56:46 USUARIO: SIC - C.C. 37896626

RAZÓN SOCIAL :	MARTHA LILIANA DUARTE MAYORGA
IDENTIFICACIÓN:	CC-37896626
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	martha
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-03-03
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-03-07
FECHA DE PAGO:	2025-02-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERÍODO PENSIÓN:	2025-02
PERÍODO SALUD:	2025-02
NÚMERO PLANILLA:	32215261
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	32215261
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800	$ 405.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/04/2025

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MARTHA LILIANA DUARTE MAYORGA
IDENTIFICACIÓN:	CC-37896626
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	martha
FECHA GENERACION REPORTE:	2025-03-18
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-03-19
FECHA DE PAGO:	2025-03-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERÍODO PENSIÓN:	2025-02
PERÍODO SALUD:	2025-02
NÚMERO PLANILLA:	32858813
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	32858813
TIPO DE PLANILLA:	N

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Subtotal Salud		1	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
25-14	900336004	COLPENSIONES	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Subtotal Pensión		1	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 200	$ 14.900	$ 15.100
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 200	$ 14.900	$ 15.100
PASENA	899999034	SENA	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAICBF	899999239	ICBF	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAESAP	899999054	ESAP	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAMIED	899999001	MINEDU	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 200	$ 14.900	$ 15.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/04/2025

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SAN GIL, 17 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
SAN GIL

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:

TI	1102489121	ALICIA ALEJANDRA CARREÑO DUARTE	Hijo(a)

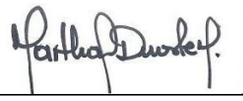
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

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,



MARTHA LILIANA DUARTE MAYORGA
C.C. 37896626

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1102489121

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39269011

39269011

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 8 1

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA-SANTANDER-SOCORRO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CARREÑO	DUARTE

Nombre(s): ALICIA ALEJANDRA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes FEB Día 11	FEMENINO	"A"	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	500 12483-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: DUARTE MAYORGA MARTHA LILIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 37.896.626 DE SAN GIL (SDER)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CARREÑO VARGAS RAUL MIGUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 91.107.101 DE SOCORRO (SDER)	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CARREÑO VARGAS RAUL MIGUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 91.107.101 DE SOCORRO (SANTANDER)	

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 2008 Mes FEB Día 20	ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA SEGUNDO DE SOCORRO Santander

Scanned by CamScanner