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	**77680-122833**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA EDITH MENDEZ LEON	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	37.889.708	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	maemle@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24044365075
IP/Nº de contacto:	7248113	**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:	7520111/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**25825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor para orientar la formación profesional integral complementaria para personas en situacion de desplazamiento en la red de conocimiento: artesanias en el área temática textil artesanal y demás de su competencia en el Centro Agroturístico, Regional Santander.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2025 Al 31/03/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 25.246.691
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 26.669.040
Valor Bruto Pago:	**$ 3.555.872,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 21.690.819

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.555.872	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	**$ 3.555.872**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.084.585**	**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		----------	**32445756**
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		$ 355.587	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 29.505.907	$ 695.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 215.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.084.585,00	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	**$3.555.872,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 3181886: AA: realizar operaciones en las máquinas plana, fileteadora, ojaladora y botonadora, Día 20,24,29 y 31 de marzo, total de horas:32 horas

Ficha 3176658: AA: partes de la máquina plana, fileteadora y collarín y sus funciones, enhebrado, Día 14,15,16,19,21,22,23,26,27 y 28 de marzo, total de horas:50 horas

Ficha 3158114: AA: cortar en tela y confeccionar pantalón, día 6 y 13 de marzo, total de horas:14 horas

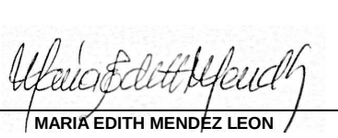
Ficha 3164081: AA: elaborar patrones infantiles niña, blusa, vestido, faldas, día 5,11,18 y 25 de marzo, total de horas: 36 horas

Ficha 3177647: AA: elaborar patrones deportivos, camisetas, sudaderas, pantalonetas, bicicleteros, top, día 14,15,16,19,21,22,23,26 27 y 28 de marzo, total de horas:40 horas

Total horas otros: 8 horas, Total horas mes de marzo:180 horas

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



MARIA EDITH MENDEZ LEON
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)

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MARIA EDITH MENDEZ LEON
IDENTIFICACIÓN:	CC-37889708
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-03-13
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-03-13
FECHA DE PAGO:	2025-03-13
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-02
PERÍODO SALUD:	2025-02
NÚMERO PLANILLA:	32445756
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	32445756
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	$ 900	$ 178.000	$ 178.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 227.800	$ 229.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 100	$ 14.900	$ 15.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 2.200	$ 420.700	$ 422.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	03/04/2025

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SAN GIL, 19 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:

C.C.	1100954116	Sara Gabriela Torres Mendez	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,



MARIA EDITH MENDEZ LEON
C.C. 37889708

UNISANGIL

FUNDACION UNIVERSITARIA DE SAN GIL UNISANGIL
NIT. 800152840-4
Vigilada Mineducación

RECIBO No 326268 - 0

AUTORIZACION DE PAGO

REFERENCIA 326268 - 0

IDENTIFICACIÓN	TI - 1100954116	**CÓDIGO**	0
NOMBRE	SARA GABRIELA TORRES MENDEZ	**PROGRAMA**	PSICOLOGIA UNAB-SAN GIL COMPLETA U ORDINARIA
PERIODO	2025 - 1	**TELEFONO**	3003780483(CEL. 3003780483)
DIRECCIÓN	CARRERA 18 N 12-11		

Fechas Límites de Pago			Valor a Cancelar
5 porc. de DESCUENTO	12-12-2024 a 12-01-2025	5%	**4.730.576,00**
0 porc. de SIN DESCUENTO	13-01-2025 a 26-01-2025	0%	**4.979.554,00**
10 porc. de RECARGO	27-01-2025 a 30-01-2025	10%	**5.532.838,00**
15 porc. de RECARGO	31-01-2025 a 02-02-2025	15%	**5.809.480,00**

LISTA DE CONCEPTOS

CONCEPTO	VALOR
C.A PSICOLOGIA UNAB	$ 5.532.837,00
DTO 10% COLEG CONVENIO NUEVOS	($ 553.283,00)
SALDO A FAVOR	$0,00

Banco Caja Social BCSC S.A. 10 ENE 2025 PAGADO CAJA 03

ESTUDIANTE

IMPORTANTE: Pague únicamente en efectivo o cheque de gerencia, por ningún motivo se hará la devolución de los valores consignados.

FECHA: 20250110 HORA: 11:05:52
JORNADA: NORMAL
OFICINA: 0423-SAN GIL
MAQUINA: F002/L502
NO.PRODUCTO: 15563978
NOMBRE: FUND UNIVERSITARIA DE SA
NO.TRANSACCION: 0N112167
REF1: 000032626801001100954115

VR.TRANSAC.: $4,730,576.00
VR.COMISION: 0.00

* OTROS CANALES PARA EL PAGO *
CONSIGNATARIOS
OFICINAS TOTAL
INTERNET BANCA PERSONAL
INTERNET BANCA EMPRESARIAL
INTERNET BANCA PERSONAL WAP
CB CARVAJAL
CB PROPIO
SOLUCIONES EN RED (SER)
PAGOS EN INTERNET CLIENTES PRO
PAGOS EN INTERNET CLIENTES PRO
PAGOS EN INTERNET CLIENTES VT
MI PAGO AMIGO PORTAL WEB
MI PAGO AMIGO APP

TRANSACCION PROPIA EN LINEA
EXITOSA

POR FAVOR VERIFIQUE QUE LA
INFORMACION IMPRESA ES CORRECTA

FUNDACION UNIVERSITARIA DE SAN GIL UNISANGIL
Recibo de consignación
Recibo de consignación
Recibo de consignación

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

NUIP 1100954116

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38322014

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** R 4 H

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

REGISTRADURIA DE SAN GIL COLOMBIA SANTANDER SAN GIL**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TORRES**********	MENDEZ**********

Nombre(s)

SARA GABRIELA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes ENE Día 17	FEMENINO********	O******	+ ****

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**********	A6261501**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MENDEZ LEON MARIA EDITH**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0037889708**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

TORRES GOMEZ GONZALO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0005744112**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MENDEZ LEON MARIA EDITH**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0037889708**********	

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 2007 Mes ENE Día 25	JOSE URIEL DEANTONIO AREVALO***** Nombre y firma

510REGISTRADURIA NALnacimiento 11/02/04

Impreso por Prodipel S.A. NIT. 817000707-2 Tel.: (2) 8280156 Cali-to Cauca dispo FORMAS

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

3832201 4