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 DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**08595-829405**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NOEMI ATEHORTUA VIDAL	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.005.364.043	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	noemiatehortua28@gmail.com	**Número de Cuenta:**	32900014791
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:	7573512/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**18825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL CONTEXTO DE LOS CONVENIOS QUE EL CENTRO DE FORMACIÓN TIENE CON INSTITUCIONES EDUCATIVAS EN LA REGIÓN. EN EL ÁREA DE AGRÍCOLA.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2025 Al 30/04/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 33.200.000
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 37.350.000
Valor Bruto Pago:	**$ 4.150.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 29.050.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.150.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	3,58%
Ingresos por comisiones	$ 881.272	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 208.761
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.150.000		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 9.181.272**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.829.645**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 208.761**

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

		Abril	Marzo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1071893411**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.829.645,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.660.000	$ 1.660.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.150.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 207.500	$ 207.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 265.600	$ 265.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	208.761,00	3,58%
ARL II		$ 17.400	$ 17.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8543 - VELEZ	8.300,00	0,200%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		-	0,00	0%
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		$ 918.127		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 796.784	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 29.505.907	$ 1.943.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 915.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$3.932.939,00**	

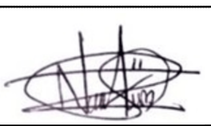
SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

: Preparé e impartí formación en el técnico en producción agropecuaria de la ficha 3165559 en el municipio de Bolívar en la competencia PREPARAR TERRENO PARA SIEMBRA SEGÚN CULTIVO Y REQUERIMIENTOS TÉCNICOS y preparé formación en las fichas 3165800, 3165578 del municipio de Puerto Parra, en la competencia Promover la interacción interacción idónea consigo mismo, con los demás y con la naturaleza en los contextos laboral y social. Se implementa plan de trabajo al técnico en producción agropecuaria para la competencia PREPARAR TERRENO PARA SIEMBRA SEGÚN CULTIVO Y REQUERIMIENTOS TÉCNICOS valorando las actividades a realizar a cada aprendiz de la ficha 3165559. Realizar creación de rutas de aprendizaje a las fichas 3165559, 3165578 y 316580 y asociación de los aprendices a las ruta de aprendi a las ruta de aprendizaje correspondientes de los técnicos en producción agropecuaria del colegio Concentración de Desarrollo Rural en el municipio de Bolívar y del colegio Alfonso López del corregimiento de Campo Capote del municipio de Puerto Parra

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



NOEMI ATEHORTUA VIDAL
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

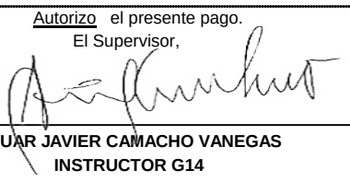
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



EDUAR JAVIER CAMACHO VANEGAS
INSTRUCTOR G14

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
JAVIER GONZALEZ FRANCO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

22/04/25 11:14:56 USUARIO: SIC - C.C. 1005364043

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-11, 01:26:15 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071893411

Periodo Cotización: marzo de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025

PAGADO 10/04/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NOEMI ATEHORTUA VIDAL		
Documento	CC1005364043	**Dirección**	CR 6 #1 - 45
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3172307557
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CIMITARRA	**Departamento**	SANTANDER
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1005364043	NOEMI ATEHORTUA VIDAL	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.660.000	$ 265.600	(EPS041) NUEVA EPS S.A. CM	$ 1.660.000	$ 207.500	1,044	$ 1.660.000	$ 17.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 490.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.660.000	$ 1.660.000	$ 1.660.000	$ 0	$ 265.600	$ 207.500	$ 17.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 490.500	$ 500	$ 491.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

VELEZ, 1 de Marzo del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
VELEZ

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.	91130917	JAIME ATEHORTUA MORALES	Padre

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por Medicina Legal.

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,



NOEMI ATEHORTUA VIDAL
C.C. 1005364043

El suscrito contador público **REINALDO RUA TORRES**, con tarjeta profesional No 116044-T emanada de la Unidad Administrativa- **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**, Organismo adscrito al Ministerio de Educación Nacional, en uso de las facultades de que le otorgó la ley 145/60 y ley 43/90 le permite:

CERTIFICA

Que para los efectos de la norma establecida en el numeral 5 del parágrafo 2 del art 387 del E.T. modificado con el art 15 de la ley 1607 de diciembre 26 de 2012 y reglamentado con el paragrafo3 del art 2 del Decreto 099 de enero 25 de 2013, que el señor **JAIME ATEHORTUA MORALES** identificado con cedula de ciudadanía numero 91.130.917 expedida en la ciudad de Cimitarra -Santander, y con domicilio principal carrera 9 No 8-53 Barrio el Diamante (Cimitarra) Santander, cumple los criterios para figurar como dependiente económico por "ausencia de Ingresos" de su hija **NOHEMI ATEHORTUA VIDAL**, identificada con la cedula de ciudadanía numero 1.005.364.043 de Vélez-Santander, el cual anexa como constancia el documento de identidad del dependiente.

En constancia se firma la presente certificación en la ciudad de Vélez a los 21 días del mes de abril 2025, basada en la información suministrada por el interesado, declarando que es correcta y ajustada a las disposiciones legales. Esta certificación se expide para que sea presentada ante el SENA.

REINALDO RUA TORRES
CP MAT 116044-T


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 91.434.264
RUA TORRES
APELLIDOS
REINALDO
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1968
BARRANCABERMEJA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
14-DIC-1987 BARRANCABERMEJA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO



Ministerio de Educación Nacional

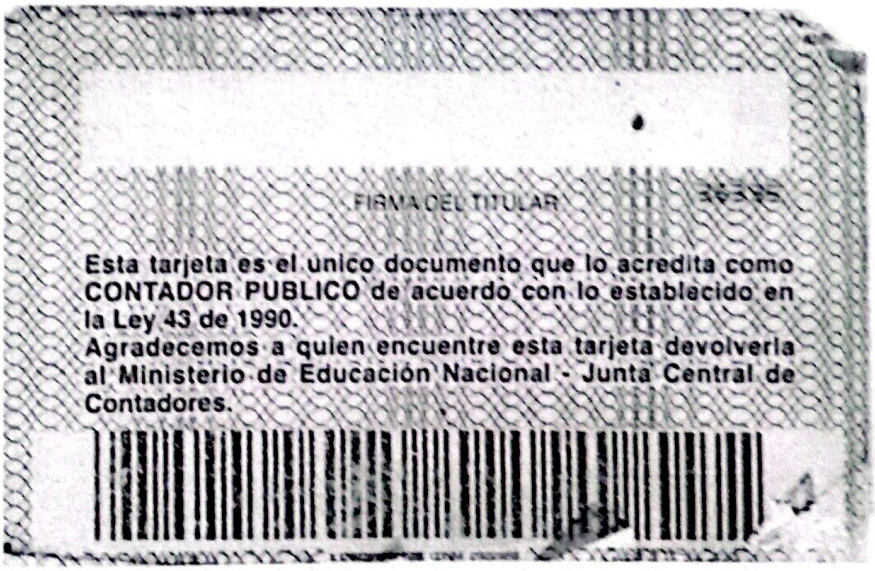
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

116044-T

REINALDO
RUA TORRES
C.C. 91434264
RESOLUCION INSCRIPCION 16 FECHA 2006/03/02
UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

PRESIDENTE

LUZ MYRIAM DIAZ MUÑOZ 125171



FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

4Z76E950B4FBF9D3

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **REINALDO RUA TORRES** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 91434264 de BARRANCABERMEJA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 116044-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

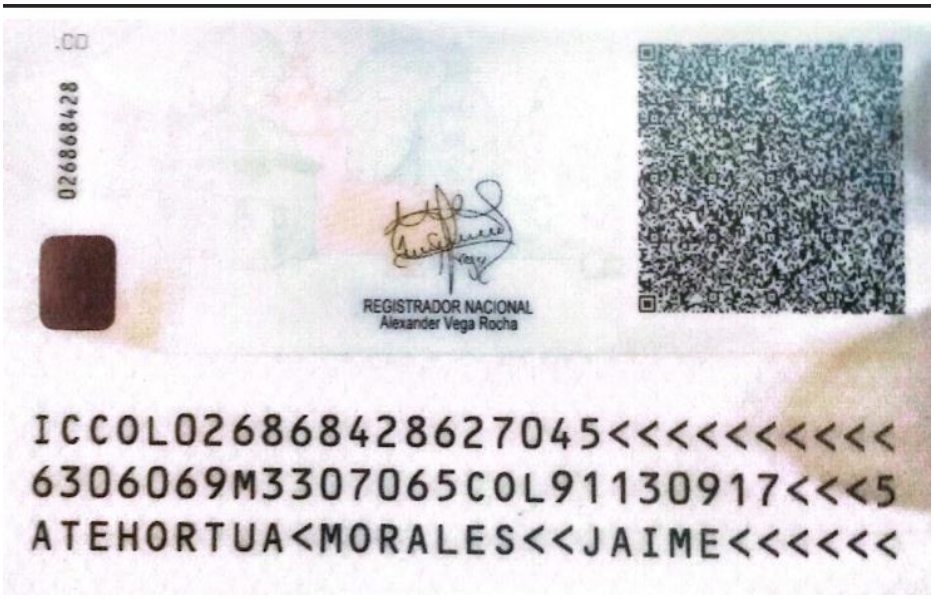
Dado en BOGOTA a los 12 días del mes de Febrero de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 91.130.917
Apellidos
ATEHORTUA MORALES
Nombres
JAIME
Nacionalidad
COL
Estatura
1.77
Sexo
M
Fecha de nacimiento
06 JUN 1963
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
CIMITARRA (SANTANDER)
Fecha y lugar de expedición
10 DIC 1981, CIMITARRA
Fecha de expiración
06 JUL 2033
Firma


.00
026868428
REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL026868428627045<<<<<<<<<<<
6306069M3307065COL91130917<<<5
ATEHORTUA<MORALES<<JAIME<<<<<<

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP: QXL0251061

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 30864829

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código: Q Y L

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ATEHORTUA	VIDAL

Nombre(s): NOMH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2001 Mes FEB Día 28	FEMENINO	X	X

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO INDIGO	A2477466

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: VIDAL HENAO MARIA VICTORIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 43653002 PUERTO BERRIO A NT	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ATEHORTUA MORALES JAIME

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 91130917 GIRITARRA SDER	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ATEHORTUA MORALES JAIME

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 91130917 GIRITARRA SDER	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2001 Mes MAR Día 20	JULIO CESAR MUÑOZ TELLEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	JULIO CESAR MUÑOZ TELLEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

• PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL •

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL