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

DESPACHO DIRECCION

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**101068**
Fecha Elaboración	**21 de Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**77489-048398**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MAYERLY FLOREZ DAZA	**Banco a consignar:**	BANCO FALABELLA
Cédula de Ciudadanía	63.552.815	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mflorezd@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	116020430137
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
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:	7474593/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**17725**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PARA BRINDAR ORIENTACIÓN A LA POBLACIÓN VÍCTIMA Y VULNERABLE. APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES Y COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LA LEY DE VÍCTIMAS Y RESTITUCION DE TIERRAS. PL HASTA EL 31 DIC VR MES $4.240.000

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2025 Al 30/04/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 38.160.000
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 44.661.333
Valor Bruto Pago:	**$ 4.240.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 33.920.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.240.000	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	**$ 4.240.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.492.700**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9482180728**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.696.000	$ 1.696.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 212.000	$ 212.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 271.400	$ 271.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.900	$ 8.900
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		$ 424.000	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 36.062.775	$ 831.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.285.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.492.700,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.756.600,00	
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 - 8211 - BUCARAMANGA	33.809,00	0,900%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	3.381,00	10,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.202.810,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó el apoyo en el registro de los buscadores de empleo en la plataforma de la Agencia Pública de Empleo.
Se realizó entrevista individual y grupal así como en la identificación de barreras a los buscadores de empleo, que lo requerían e
Se realizó orientación en la reconstrucción y actualización de la hoja de vida de los buscadores de empleo, de manera individual y
Se realizó feria de empleabilidad en Ape regional Santander para víctimas del conflicto armado, así como en la gestión de consecuc
Se realizó atención en CAIV a los beneficiarios visitantes brindando orientación en la oferta de portafolio de servicios del Sena
Se realizó acompañamiento a instructores en el requerimiento de verificación plataforma vivanto para aspirantes en la inscripc

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

MAYERLY FLOREZ DAZA
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 por Claudia Marcela Murillo Salguero
Fecha: 2025.04.21 15:07:54 -05'00'

CLAUDIA MARCELA MURILLO SALGUERO
PROFESIONAL G01

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
ZEGRID FRANCISCO CADENA CASTANEDA
DIRECTOR REGIONAL A G08

19/04/25 14:51:16 USUARIO: SIC - C.C. 63552815

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 63552815		FLORES DAZA MAYERLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 21 A NO 24-14	GIRON-SANTANDER	6164624	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1373073265	9482180728	I	2025/04/04	2025/03/31	BANCO FALABELLA	0	$492,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$271,400	$0	$0	$271,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$271,400	$0	$0	$271,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,900	$0	$0	$8,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,900	$0	$0	$8,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$212,000	$0	$0	$212,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$212,000	$0	$0	$212,000
TOTAL				1	$492,300	$0	$0	$492,300

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 21 de Abril del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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	**1096541260**	**Michell Nathalia Hernandez Florez**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,

MAYERLY FLOREZ DAZA
C.C. 63552815

OK 2018

OK 2017

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP	1096541260

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41753604

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X					Q 3 V

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

COLOMBIA SANTANDER GIRON

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	FLOREZ

Nombre(s)

MICHELL NATHALIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes ENE Día 09	FEMENINO	"O"	POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10315381-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

FLOREZ DAZA MAYERLY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C No. 63.552.815 DE BUCARAMANGA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ AYALA ROGER JOVANY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C No. 91.520.895 DE BUCARAMANGA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ AYALA ROGER JOVANY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C No. 91.520.895 DE BUCARAMANGA	

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 2011 Mes FEB Día 01	DRa. MARINA DIAZ DE PRADA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Powered by CamScanner