

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		68
			Código Centro		954510
			Fecha Elaboración		26 de Agosto de 2024
			Versión		MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso		71426-282373
REGIONAL SANTANDER					
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES-SANTANDER					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: MARIA ADELAIDA DUARTE CUADROS			Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 63.398.481			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: maduarte@sena.edu.co			Número de Cuenta: 31267997694		
IP/N° de contacto: 3227665952			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 2023 NO		
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión? NO					
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000 NO					
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a \$188.260.000 (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					
N° del contrato: 5939331/2024		N° Compromiso SIIF 13924		Número de pagos durante la vigencia del contrato 11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CARACTER TEMPORAL POR HORAS PARA GESTION D/LLO CURRIC Y EJECU ACCIONES DE FORM TITU Y COMPLEM AREA TEMATICA PRINCIPI BASICO DE MAQ E INSUMOS CONFECCION DEMAS DE SU COMPET PROG PDV VIG 2024 PL9M28D VM4106280			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/08/2024		Al 31/08/2024		Saldo Anterior del Contrato: \$ 20.433.090	
Número de pago 7				Valor Total del Contrato: \$ 40.789.074	
Valor Bruto Pago: \$ 4.626.360,00				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 15.806.730	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 4.626.360		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas 3,98%			
Ingresos por comisiones \$ 319.792		Retencion en la Fuente del Periodo \$ 225.090			
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 4.626.360					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 9.572.512		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 5.655.861		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 225.090			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Agosto		Julio	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		4566387501	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.850.544		\$ 1.850.544	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 231.400		\$ 231.400	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 296.100		\$ 296.100	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL I		\$ 9.700		\$ 9.700	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 296.100			
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 231.400			
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 9.700			
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		\$ 957.251			
Salud hasta \$ 753.040		\$ -			
Renta Exenta 25% \$34.082.904		\$ 1.885.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 4.416.205					
Retención en la Fuente Contingente \$					
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 5.655.861,00 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 225.090,00 3,98%	
				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%	
				Sobretasa Bomberil 0,00 10,000%	
				0,00	
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
				VALOR A PAGAR \$4.401.270,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Programa de formación: Diseño y Confección de Prendas de vestir municipio de Málaga					
ficha: 3024388					
Fecha: 05, 06, 07, 08, 09, 12, 13,14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23 de agosto de 2024					
Actividad de aprendizaje:Elaborar el diseño y la confeccion de prendas de vestir según parámetros de diseño, desarrollo del producto					
TOTAL HORAS MES DE AGOSTO: 120 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 ADELAIDA DUARTE CUADROS EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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 periodo 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.			DARY MILENA SALAZAR SUAREZ INSTRUCTOR G17		
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 YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES SUBDIRECTOR DE CENTRO G02					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 63398481
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MARIA ADELAIDA DUARTE CUADROS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MALAGA DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 13 N 3 - 03	TELÉFONO: 6616839
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4566387501	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN MES: julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	5	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/08/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 075249

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	
							X										

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 294.200
SUBTOTAL:			1	\$ 294.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 229.900
SUBTOTAL:			1	\$ 229.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 19.300
SUBTOTAL:			1	\$ 19.300

VALOR SIN MORA:	\$ 541.300
VALOR MORA:	\$ 2.100
TOTAL PAGADO:	\$ 543.400



PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 26 de agosto de 2024

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:

T.I.	1096961265	DANIEL SANTIAGO CAICEDO DUARTE	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: MARIA ADELAIDA DUARTE CUADROS

C.C. 63398481

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO



REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 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.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia 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 que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	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 que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



NUIP

1.096.961.265

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60460918

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☐

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

Q

4

Z

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

REGISTRADURIA DE MALAGA - COLOMBIA - SANTANDER - MALAGA

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

CAICEDO

DUARTE

Nombre(s)

DANIEL SANTIAGO

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

POSITIVO

Fecha de nacimiento

Año

2020

Mes

FEH

Día

20

MASCULINO

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

COLOMBIA SANTANDER MALAGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

15619645-6

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

DUARTE CUADROS MARIA ADELAIDA

Nacionalidad

Documento de identificación (Clase y número)

COLOMBIA

CC 63.398.481

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CAICEDO BAEZ OSCAR

Nacionalidad

Documento de identificación (Clase y número)

COLOMBIA

CC 13.927.413

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAICEDO BAEZ OSCAR

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 13.927.413

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

2020

Mes

MAR

Día

03

JUAN ANDRES FUENTES BLANCO - REGI

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -