

<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) REGIONAL SANTANDER CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES-SANTANDER Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		68
			Código Centro		954510
			Fecha Elaboración		17 de Octubre de 2024
			Versión		MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso		32552-255091
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 01/10/2024 Al 31/10/2024		Saldo Anterior del Contrato: \$ 11.180.370			
Número de pago 9		Valor Total del Contrato: \$ 40.789.074			
Valor Bruto Pago: \$ 4.626.360,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 6.554.010			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 4.626.360		Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas 3,38%			
Ingresos por comisiones \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo \$ 184.086			
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 4.626.360					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 9.252.720		Menos, ReteFuente Otros Ingresos \$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 5.440.048		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 184.086			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 5.440.048,00 TARIFA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	1745443779	Base retención en la fuente a titulo de ICA 0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.850.544	\$ 1.850.544	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 231.400	\$ 231.400	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 296.100	\$ 296.100	Menos Retención en la Fuente 184.086,00 3,38%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%	
ARL I		\$ 9.700	\$ 9.700	Reteica - 8299 0,00 0,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 296.100		- 0,00 0,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 231.400		- 0,00 0,000%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 9.700		- 0,00 0,000%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		- 0,00 0,000%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
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		\$ 925.272		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		Sobretasa Bomberil 0,00 10,000%	
Renta Exenta 25% \$34.082.904		\$ 1.813.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 7.403.205				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$				VALOR A PAGAR \$4.442.274,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Programa de formación: Confección de Ropa Deportiva					
Ficha:3080534 Fecha: 01. 02 Y 03 de Octubre de 2024					
Elaborar la confección de Ropa deportiva aplicando métodos de trabajo y normas de calidad.					
Programa de formación: Diseño y Confección de prendas de vestir.					
Ficha:3080389 Fecha:15,16,17,18,21,22,23,24,25,28,29,30 y 31 de Octubre 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 OCTUBRE: 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: 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.			Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
			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	TÉLFONO: 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:	1745443779	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 116101

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 296.100
SUBTOTAL:			1	\$ 296.100
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 231.400
SUBTOTAL:			1	\$ 231.400
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 19.400
SUBTOTAL:			1	\$ 19.400

VALOR SIN MORA:	\$ 546.900
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 546.900



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, 17 de octubre 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 párrafo 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