

<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 DISTRITO CAPITAL CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	11		
			Código Centro	940310		
			Fecha Elaboración	Agosto de 2024		
			Versión	MARZO 2024 - 2,24		
			ID de Proceso	00250-254044		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: RICHARD NELSON DIMAS MENDOZA			Banco a consignar: AV VILLAS			
Cédula de Ciudadanía 11.321.499			Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: rndimas@misena.edu.co			Número de Cuenta: 065800596			
IP/Nº de contacto: 5144			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		SI	
¿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						SI
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						
Nº del contrato: 5862248/2024		Nº Compromiso SIIF 15424		Número de pagos durante la vigencia del contrato		11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN LAS ÁREAS TEMÁTICAS DE SALUD PÚBLICA, APOYO				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/08/2024	Al	31/08/2024	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 15.613.965
Número de pago	7			Valor Total del Contrato:		\$ 37.357.857
Valor Bruto Pago:	\$ 3.469.770,00			Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 12.144.195
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios \$ 3.469.770			Ninguno		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 0			Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 3.469.770						
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 6.939.540			Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 4.039.586			TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
			Agosto	Julio	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 4.039.586,00 TARIFA	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS			-----	1065752572	Base retención en la fuente a titulo de ICA 3.074.170,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC			\$ 1.387.908	\$ 1.387.908	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud			\$ 173.500	\$ 173.500	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión			\$ 222.100	\$ 222.100	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional			\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%	
ARL III			\$ 33.900	\$ 33.900	Reteica - 8299 - BOGOTÁ 29.696,00 0,966%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ 222.100		- 0,00 0%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ 173.500		- 0,00 0%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ 33.900		- 0,00 0%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias			\$ -		- 0,00 0%	
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			\$ 693.954		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Salud hasta \$ 753.040			\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Renta Exenta 25% \$34.082.904			\$ 1.347.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 4.218.091					Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$					VALOR A PAGAR \$3.440.074,00	
SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA MIL SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
ACOMPañAMIENTO EN LA FORMACIÓN INTEGRAL PROFESIONAL AL APRENDIZ, EN LOS AMBIENTES DE PRÁCTICA HOSPITALARIA, EN LA COMPETENCIA						
ATENDER INTEGRALMENTE AL MENOR, ADOLESCENTE, JOVEN Y PERSONA MAYOR TENIENDO EN CUENTA POLÍTICAS PÚBLICAS Y GUÍAS DE MANEJO VIGENTES						
CON LA FICHA 2823950.						
SUPERVISIÓN DEL RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, TOMA VALORACIÓN Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES, PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA BASICOS						
Y ESPECIFICOS EN EL PACIENTE PEDIATRÍCO, VERIFICAR LA REALIZACIÓN DE LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA.						
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					RICHARD NELSON DIMAS MENDOZA 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.					EDINSON ELJADUE CASTILLA INSTRUCTOR	
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 CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						

PAGADO 08/08/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RICHARD NELSON DIMAS MENDOZA		
Documento	CC11321499	Dirección	CALLE 137 88 76 APT 124 INT 1
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3106411380
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

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	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SGR	IGE	UMA	UAP	VAC	VCT	IND	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	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 11321499	RICHARD NELSON DIMAS MENDOZA	59	00																		0	30	30	30	0		(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.387.908	\$ 222.100	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.387.908	\$ 173.500	2,436	\$ 1.387.908	\$ 33.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 429.500

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
\$ 1.387.908	\$ 1.387.908	\$ 1.387.908	\$ 0	\$ 222.100	\$ 173.500	\$ 33.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 429.500	\$ 0	\$ 429.500

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!

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

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 25 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.	1011101998	Sara Valentina Dimas Rojas	HIJO
T.I.	1011129898	Emily Natalia Dimas Lancheros	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: Richard Nelson Dimas Mendoza

C.C. 11321499

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



NUIP

1141329898

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Hoja 01 de 01

Serial 50259501

Orden de la oficina de registro - Clase de oficina

Registratura ☐

Notaría ☒

Número

00

Consultorio ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

D T Z

País: Departamento: Municipio: Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ

Datos del inscrito

DIMAS

LANCHEROS

EMILY NATALIA

Año: 2010 Mes: SEP Día: 07 Sexo (con tarjeta): Femenino O Positivo

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento entregado a funcionarios de registro

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

10374388-9

Datos de la madre

LANCHEROS OSMA NIDIA MILENA

CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 1.012.353.246

COLOMBIANA

Datos del padre

DIMAS MENDOZA RICHARD NELSON

CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 11.321.499

COLOMBIANO

Datos del declarante

DIMAS MENDOZA RICHARD NELSON

CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 11.321.499

Datos primer testigo

Datos segundo testigo

Fecha de inscripción

Año: 2010 Mes: SEP Día: 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JORGE HERNANDO RICO GRILLO

Nombre y firma

Nombre y firma del funcionario que hace el reconocimiento

Jorge Hernando Rico Grillo

Firma

Nombre y firma del funcionario que hace el reconocimiento

JORGE HERNANDO RICO GRILLO

Nombre y firma

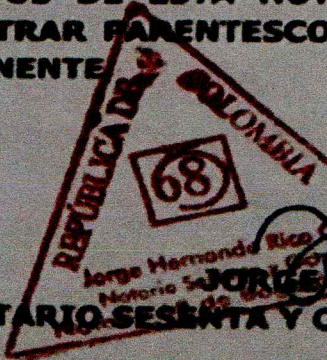
LV 49 FOLIO 227

ESPACIO PARA NOTAS

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE EN BOGOTÁ D.C., PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY 21 SET. 2010, CON VALIDEZ PERMANENTE

EL NOTARIO

NOTARIO SESENTA Y OCHO (68) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C.



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARIA 68
Circulo Notarial de Bogotá D.C.
REGISTRO CIVIL

NUIP 1011101998

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 41677707

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 36 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 1 F

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

COLOMBIA-BOGOTA D.C.-BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

Datos del inscrito

Primer Apellido DIMAS Segundo Apellido ROJAS

Nombre(s) SARA VALENTINA

Fecha de nacimiento Año 2008 Mes NOV Día 12 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo Sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA-BOGOTA D.C.-BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 51484567-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos ROJAS GOMEZ LAURA VIVIANA

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 1032436932

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos DIMAS MENDOZA RICHARD NELSON

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 11321499

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos DIMAS MENDOZA RICHARD NELSON

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 11321499

Firma

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 Año 2008 Mes NOV Día 14

Nombre y firma del funcionario que autoriza EDUARDO DURAN GOMEZ

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

ENMENDADO: "NELSON" SI VALE

N. STENEZ LV. 174 FOLIO 242

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

41677707