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 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	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**85622-962013**

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: (Descripciòn 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	**01/11/2024 Al 30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 5.204.655
Número de pago	**10**	**Valor Total del Contrato:**	$ 37.357.857
Valor Bruto Pago:	**$ 3.238.452,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 1.966.203

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.238.452	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	**$ 3.238.452**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.884.407**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1067735741**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.665.490
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 208.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 266.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 31.700	$ 40.600
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	$ 753.040	$ 323.845	
Salud hasta	$ 34.082.904	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 6.897.091	$ 628.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.			
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.884.407,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.867.952,00	
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 - 8299 - BOGOTÁ	27.704,00	0,966%
-	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.210.748,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS DIEZ MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACOMPAÑAMIENTO EN LA FORMACIÓN INTEGRAL, 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 2875003, DONDE SE REALIZO; RECIBO DE TURNO, TOMA DE SIGNOS VITALES, REALIZACIÓN DE NOTA DE ENFERMERÍA, PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, CONTROL DE LÍQUIDOS ELIMINADOS Y ADMINISTRADOS, PROCEDIMIENTOS GENERALES, VALORACIÓN FÍSICA EL MENOR, ASISTIR AL PACIENTE PEDIÁTRICO.
DE IGUAL FORMA SE VERIFICAN CUIDADOS ESPECIFICOS EN EL PACIENTE PEDIATRÍCO, SE VERIFICA 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:

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,

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

16/11/24 21:36:10 USUARIO: SIC - C.C. 11321499

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-05, 04:19:32 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067735741

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8822599104

PAGADO 02/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

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	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 11321499	RICHARD NELSON DIMAS MENDOZA	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.670.000	$ 267.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.670.000	$ 208.800	2,436	$ 1.670.000	$ 40.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 516.700

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
$ 1.670.000	$ 1.670.000	$ 1.670.000	$ 0	$ 267.200	$ 208.800	$ 40.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 516.700	$ 0	$ 516.700

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 CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 20 de noviembre 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**

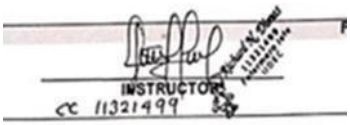
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1141329898

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50259501

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 68 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D T Z

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DIMAS	LANCHEROS

Nombre(s): EMILY NATALIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes SEP Día 07	Femenino	O	Positivo

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10374388-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: LANCHEROS OSMA NIDIA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA NRO.1.012.353.246	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: DIMAS MENDOZA RICHARD NELSON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 11.321.499	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DIMAS MENDOZA RICHARD NELSON

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 11.321.499

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 2010 Mes SEP Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza: JORGE HERNANDO RICO GRILLO — Nombre y firma

Reconocimiento paterno — Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: JORGE HERNANDO RICO GRILLO — Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV 49 FOLIO 227

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARIA 68 REPÚBLICA DE COLOMBIA Círculo Notarial de Bogotá D.C. REGISTRO CIVIL

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

EL NOTARIO

JORGE HERNANDO RICO GRILLO
NOTARIO SESENTA Y OCHO (68) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA 68 Jorge Hernando Rico Notario

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1011101998

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41677707

41677707

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 38 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A1F

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DIMAS-	ROJAS-

Nombre(s)

SARA VALENTINA-

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes NOV Día 12	FEMENINO	O	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	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO-	51484567-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROJAS GOMEZ LAURA VIVIANA-

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

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

DIMAS MENDOZA RICHARD NELSON

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

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DIMAS MENDOZA RICHARD NELSON

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

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 2008 Mes NOV Día 14	EDUARDO DURAN GOMEZ Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ENMENDADO: "NELSON" SI VALE

B. JIMENEZ LV. 174 FOLIO 242

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Scanned by CamScanner