

SENA

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

Código Centro

Fecha Elaboración

Versión

ID de Proceso

11

940310

Octubre de 2024

MARZO 2024 - 2,24

03053-984714

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/N° 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

N° del contrato:	5862248/2024	N° 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	01/10/2024	Al	31/10/2024	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 9.368.379
Número de pago	9			Valor Total del Contrato:	\$ 37.357.857
Valor Bruto Pago:	\$ 4.163.724,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 5.204.655

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.163.724	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	\$ 4.163.724	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.424.052	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Octubre	Setiembre				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	1066887725	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.424.052,00	TARIFA	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.665.490	\$ 1.300.000	Base retención en la fuente a título de ICA	3.689.024,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 208.200	\$ 162.500	Valor base IVA	0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 266.500	\$ 208.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%	
ARL III	\$ 40.600	\$ 31.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	35.636,00	0,966%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			-	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	\$ 416.372		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Salud hasta	\$ 753.040	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Renta Exenta 25%	\$34.082.904	\$ 808.000		0,00		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 6.089.091		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00		
Retención en la Fuente Contingente	\$		VALOR A PAGAR	\$4.128.088,00		

SON: CUATRO MILLONES CIENTO VEINTIOCHO MIL OCHENTA Y OCHO 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 2875003.

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:

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
JAIRO ENRIQUE RIZO MEJIA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PAGADO 27/09/2024 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	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	UMA	UAP	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	\$ 1.300.000	\$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.300.000	\$ 162.500	2,436	\$ 1.300.000	\$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 402.200

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
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 208.000	\$ 162.500	\$ 31.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 402.200	\$ 0	\$ 402.200

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, 18 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 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

Serial

50259501

Opciones de la oficina de registro - Clases 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 **Femenino** O **0** Positivo

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento entregado a (funcionario 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 ante quien se hace el reconocimiento

JORGE HERNANDO RICO GRILLO

Nombre y firma

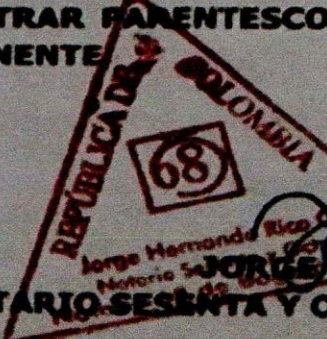
LV 49 FOLIO 227

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 DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA
BOGOTÁ D.C.
REGISTRO CIVIL

NUIP 1011101998

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 41677707

41677707

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 36 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 DIMAS- Segundo Apellido ROJAS-
Nombre(s) SARA VALENTINA-
Fecha de nacimiento Año 2000 Mes NOV Día 12 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo Sanguíneo 0 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
Nombre y firma

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. SENEZ LV. 174 FOLIO 242

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —