SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO TURISTICO Y AGROEMPRESARIAL-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**30 de Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**69262-849002**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIANA CAROLINA ARENAS GOMEZ	**C.C.**	1.100.950.977	**IP/Nº de contacto**	73891
Correo electrónico contratista:	dcarenas@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24056541555

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4581531/2023 **Nº Compromiso SIIF** **41823**

Valor Total del Contrato	$ 35.505.860	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 33.594.006	**2**	**Del**	**01/04/2023**	**Al**	**30/04/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 29.497.176		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTORES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA APOYAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE NIVEL TÉCNICO PROGRAMADA POR EL CENTRO PARA EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA EN LA RED DE CONOCIMIENTO AGRICOLA EN EL ÁREA TEMÁTICA AGRICU

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.096.830		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.096.830**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.402.135**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**26255005**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.732	$ 657.333
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.900	$ 82.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.200	$ 105.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 17.200	$ 6.900
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.024.207	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 409.683	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 800.712	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.402.135,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.629.730,00	
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	0,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	0,00	10,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.096.830,00**	

SON: CUATRO MILLONES NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Programa Producción Agropecuaria.
Ficha: 2705209 AA. Evalua Labores Culturales. Comp: Preparar Terreno.Fecha:Abril3-10,17 y 24/2023 Horario: 13:00pm a 18:00pm Horas:20
Ficha:2707903 AA. Evalua Labores Culturales. Comp: Preparar Terreno. Fecha:Abril 4,11,18 y 2/2023 Horario: 13: 00pm a 18:00pm Horas:20
Ficha:2726784 AA. Evalua Labores Culturales. Comp: Preparar Terreno. Fecha:Abril 5,12,19 y26/2023 Horario: 13: 00pm a 18:00pm Horas:20
Ficha:2698436 AA. Evalua Labores Culturales. Comp: Preparar Terreno. Fecha: Abril 13, 20 y 27/2023 Horario:13:00pm a 18:00pm Horas:15
Ficha:2710181 AA. Evalua Labores Culturales. Comp: Preparar Terreno. Fecha:Abril 14, 21 y 28/2023 Horario:13:00pm a 18:00pm Horas: 15
ACTIVIDADES ADICIONALES:
Desarrollo Curricular:10 Otros:20 Total Horas Académicas: 90 Total Horas Mes de Abril:120
Panilla Salud:26255005

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 diligenciados.

DIANA CAROLINA ARENAS GOMEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO
INSTRUCTOR G18

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

TULIO ALEXANDER BAUTISTA RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	DIANA CAROLINA ARENAS GOMEZ
IDENTIFICACION:	CC-1100950977
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-04-24
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-04-24
FECHA DE PAGO:	2023-04-24
ENTIDAD DE PAGO:	BBVA COLOMBIA S.A.
PERIODO PENSION:	2023-03
PERIODO SALUD:	2023-03
NUMERO PLANILLA:	26255005
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	26255005
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1	$ 765.334	$ 0	$ 0	$ 400	$ 95.700	$ 96.100
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 765.334	$ 0	$ 0	$ 500	$ 122.500	$ 123.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 765.334	$ 0	$ 0	$ 100	$ 8.000	$ 8.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 226.200	$ 227.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	18/05/2023

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 de Abril de 2023

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	**1101624622**	**Helem Samara Ardila Arenas**	**HIJA**

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: DIANA CAROLINA ARENAS GOMEZ
1100950977 San Gil

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1101624622

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55413410

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** R 6 H

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

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL (NOTARIA SEGUNDA)

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARDILA	ARENAS

Nombre(s)

HELEM SAMARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes 01 Día 17	Femenino	O	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	1289163?-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ARENAS GOMEZ DIANA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANÍA NRO.1.100.950.977	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ARDILA GOMEZ WILLIAM

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.077.573	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARDILA GOMEZ WILLIAM

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.077.573	William Ardila Gómez

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

REPUBLICA DE COLOMBIA Dpto. de Santander Firma Notaría 2ª del Circulo SAN GIL

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2014 Mes 01 Día 17	NUBIA CRUZ SOLANO Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -