

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	Junio de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	80241-662390
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		OLGA LUCIA ACELAS BELTRAN	C.C.	37.944.525
Correo electrónico contratista:		oacelasb@sena.edu.co	IP/N° de contacto	317699974
Régimen del IVA:		☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
		Es declarante de renta?	☐ SI	Es Pensionado?
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA	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
			N° Cuenta	29063225507
		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				
N° del contrato:	4525010/2023	N° Compromiso SIIF	7723	
Valor Total del Contrato	\$ 43.016.715	N ° Pago	5	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 26.629.395	Periodo objeto de pago	Del 01/06/2023 Al 30/06/2023	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 22.532.565	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios personales como instructor para orientar la formación profesional en la modalidad virtual en la red de conocimiento institucional de pedagogía en el área temática seguridad y salud en el trabajo.		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 4.096.830	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 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				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Junio	Mayo		
	26355182	26355182		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.638.732	\$ 1.638.732	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.402.135,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 204.900	\$ 204.900	Base retención en la fuente a título de ICA	4.096.830,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 262.200	\$ 262.200	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
ARL	\$ 17.200	\$ 17.200	Menos Retención en la Fuente	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833	\$ -	Menos Retención IVA	0,00
\$ 1.024.207	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466	\$ -		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466	\$ -		0,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 4.241.200	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Sobretasa Bomberil	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 409.683		0,00
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 800.712	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	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				
Desarrollar las actividades contractuales de acuerdo con la programación establecida en los programas formativos del Centro Ficha 2626881 Programa Técnico Apoyo Administrativo en Salud Fecha inicio 01-06-23 al 30-06-23 80 Horas Ficha 2626882 Programa Técnico Apoyo Administrativo en Salud Fecha inicio 01-06-23 al 30-06-23 80 Horas Total horas impartidas Junio de 2023 160 horas Todas las actividades están registradas en el aplicativo Sena Sofia Plus correspondientes al mes objeto de cobro Realizo aportes seguridad social respecto al periodo de Mayo de 2023, operador Asopagos Planilla número 26355182, valor \$484.600				
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.			OLGA LUCIA ACELAS BELTRAN 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,	
			LUIS ENRIQUE RIOS ARDILA INSTRUCTOR G20	
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				



RAZON SOCIAL :	OLGA LUCIA ACELAS BELTRAN
IDENTIFICACION:	CC-37944525
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-06-08
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-06-07
FECHA DE PAGO:	2023-06-01
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERIODO PENSION:	2023-05
PERIODO SALUD:	2023-05
NUMERO PLANILLA:	26355182
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	26355182
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.640.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 205.000	\$ 205.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.640.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 262.400	\$ 262.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.640.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 17.200	\$ 17.200
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 484.600	\$ 484.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/07/2023
----------------------------------	------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, Junio 30 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:

C.C.	1005484248	MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS	HIJO
-------------	-------------------	------------------------------------	-------------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años y me encuentro 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.

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: OLGA LUCIA ACELAS BELTRAN

C.C. 37944525

NUIP

R6L0301821

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

33965697

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R 6 L

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

REGISTRADURIA DE SOCORRO COLOMBIA SANTANDER SOCORRO*****

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

CALA***** ACELAS*****

Nombre(s)

MARIA ALEJANDRA*****

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2 0 0 3 Mes JUL Día 0 5 FEMENINO***** A***** +*****

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

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO*****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO***** A 2458815*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ACELAS BELTRAN OLGA LUCIA*****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 0037944525***** COLOMBIA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CALA CALA OSCAR ALBERTO*****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 0091102292***** COLOMBIA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CALA CALA OSCAR ALBERTO*****

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CEDULA DE CIUDADANIA 0091102292*****

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 2 0 0 3 Mes AGO Día 0 8

HECTOR JULIO BORGUEZ SACERES***

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NUIP: 1005484248

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

El suscrito Registrador Municipal del Estado Civil de Socorro Santander, hace constar que la fotocopia al respaldo de esta página es auténtica y fue tomada de su original que reposa en los archivos de esta oficina.

NI__N2__RX Libro: _____ folio o serial: 33965697 válido para Trámites

Solicitada por: Diana Alejandra Calzadillas

CC/TI: 1005484248

Fecha: 23 MAR 2023




CARLOS MAURICO RAMIREZ NEIRA
Registrador del Estado Civil.
Válido sin sello: Decreto 2150/95.
Artículo 20-21 ley 962 de 2005.

1905920606-3

Los valores registrados en los campos de "Otro" pueden corresponder a:

- 1) Porcentaje de AFIM (Aporte al Fondo de Invalidez y Muerte), que en la actualidad equivale al 2% del valor desembolsado.
- 2) A intereses pendientes redistribuidos en el plan de pagos si su crédito tuvo

Estudiante:	MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS	Programa:	MEDICINA
Identificación:	TI 1005484248	Período:	202110 - 2021-1er SEM PREGRAD Y PRE
ID:	U00137687	Fecha cupón:	02/02/2023 05:36:23

CONCEPTO LIQUIDACION	VALOR
Pago cuota No 25	\$151.343
Intereses de Mora 25	\$80
TOTAL	\$151.423
TOTAL A PAGAR: \$151.423	

Medio Pago	Efectivo	Cheque	Código del Banco
	Tarjeta		No. de Cuenta

Si va a cancelar con cheque, favor girarlo a nombre de la Universidad Autónoma de Bucaramanga

Notas:

Estudiante:	MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS	Programa:	MEDICINA
Identificación:	TI 1005484248	Período:	202110 - 2021-1er SEM PREGRAD Y PRE
ID:	U00137687	Fecha cupón:	02/02/2023 05:36:23

CONCEPTO LIQUIDACION	VALOR
Pago cuota No 25	\$151.343
Intereses de Mora 25	\$80
TOTAL	\$151.423
TOTAL A PAGAR: \$151.423	

Medio Pago	Efectivo	Cheque	Código del Banco
	Tarjeta		No. de Cuenta

Si va a cancelar con cheque, favor girarlo a nombre de la Universidad Autónoma de Bucaramanga

Notas:

Estudiante:	MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS	Programa:	MEDICINA
Identificación:	TI 1005484248	Período:	202110 - 2021-1er SEM PREGRAD Y PRE
ID:	U00137687	Fecha cupón:	02/02/2023 05:36:23

TOTAL A PAGAR: \$151.423 **Fecha Límite de Pago: 02/FEB/2023**



(415)7709998608887(8020)0002966082(3900)0000151423(96)20230202

Consignar en

BANCO BOGOTÁ - BANCO DAVIVIENDA - BANCO OCCIDENTE

DAVIVIENDA
CAJERO No. 3 H.N.

51 02 FEB. 2023

PROCESADO



Universidad Autónoma de Bucaramanga
Nit. 890.200.499-9
Avenida 42 No. 48-11 Tel: 6436111 -6436261

Cupón de consignación
Consignar en:
Fecha de pago
Tipo crédito:

No. 2966080
Bancos Autorizados
DD / MM / YYYY
579-FlexiUNAB - Largo

Estudiante: MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS
Identificación: TI 1005484248
ID: U00137687
Programa: MEDICINA
Período: 202060 - 2020 -2do SEM PREGRAD Y PR
Fecha cupón: 02/02/2023 05:35:19

CONCEPTO LIQUIDACION	VALOR
Pago cuota No 31	\$146.395
Intereses de Mora 31	\$74
TOTAL	\$146.469
TOTAL A PAGAR: \$146.469	Fecha Límite de Pago: 02/FEB/2023

Medio Pago	Efectivo	Cheque	Código del Banco
	Tarjeta		No. de Cuenta
Si va a cancelar con cheque, favor girarlo a nombre de la Universidad Autónoma de Bucaramanga			
Notas:			



Universidad Autónoma de Bucaramanga
Nit. 890.200.499-9
Avenida 42 No. 48-11 Tel: 6436111 -6436261

Cupón de consignación
Consignar en:
Fecha de pago
Tipo crédito:

No. 2966080
Bancos Autorizados
DD / MM / YYYY
579-FlexiUNAB - Largo

Estudiante: MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS
Identificación: TI 1005484248
ID: U00137687
Programa: MEDICINA
Período: 202060 - 2020 -2do SEM PREGRAD Y PR
Fecha cupón: 02/02/2023 05:35:19

CONCEPTO LIQUIDACION	VALOR
Pago cuota No 31	\$146.395
Intereses de Mora 31	\$74
TOTAL A PAGAR: \$146.469	Fecha Límite de Pago: 02/FEB/2023

Medio Pago	Efectivo	Cheque	Código del Banco
	Tarjeta		No. de Cuenta
Si va a cancelar con cheque, favor girarlo a nombre de la Universidad Autónoma de Bucaramanga			
Notas:			



Universidad Autónoma de Bucaramanga
Nit. 890.200.499-9
Avenida 42 No. 48-11 Tel: 6436111 -6436261

Cupón de consignación
Consignar en:
Fecha de pago
Tipo crédito:

No. 2966080
Bancos Autorizados
DD / MM / YYYY
579-FlexiUNAB - Largo

Estudiante: MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS
Identificación: TI 1005484248
ID: U00137687
Programa: MEDICINA
Período: 202060 - 2020 -2do SEM PREGRAD Y PR
Fecha cupón: 02/02/2023 05:35:19

TOTAL A PAGAR: \$146.469 **Fecha Límite de Pago: 02/FEB/2023**



(415)7709998608887(8020)0002966080(3900)0000146469(96)20230202

Consignar en
- BANCO BOGOTÁ- BANCO DAVIVIENDA- BANCO OCCIDENTE

**LA DIRECTORA DE ADMISIONES Y REGISTRO ACADEMICO DE LA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA "UNAB"**

CERTIFICA:

Que **MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS**, ID.U00137687, identificado(a) con la **C.C. No 1.005.484.248** de Socorro, se encuentra cursando en el primer período académico de 2023, el **SEXTO (6) SEMESTRE** del programa de **MEDICINA, modalidad presencial**, con una intensidad de **treinta y cuatro (34)** horas semanales de clase.

Inició clases el 16 de enero y finaliza el 10 de junio de 2023.

El programa de **MEDICINA, modalidad presencial**, con número de registro **SNIES 3488**, cuenta con Registro Calificado por 7 años según Resolución No. 8694 del 03 de mayo de 2017 y Acreditación de Alta Calidad por su excelencia académica por 8 años según Resolución No.17485 del 30 de agosto de 2016 del Ministerio de Educación Nacional.

La **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA** fue aprobada mediante Resolución No. 2771 del 14 de Abril de 1987 y Acreditación de Alta Calidad por su excelencia académica por 6 años según Resolución No.10820 del 25 de mayo de 2017 del Ministerio de Educación Nacional.

Se expide en Bucaramanga a los veintiocho (28) días del mes de marzo de dos mil veintitres (2023).



unab
Universidad Autónoma
de Bucaramanga



Admisiones y Registro Académico

GLORIA GALVIS VALDERRAMA

Directora

SCAMACHO415

"La firma impresa en el presente certificado tiene la misma validez que la firma manuscrita y sello institucional. En el evento de requerir la validación o verificación de la información aquí entregada por favor solicitarla al correo electrónico certificademico@unab.edu.co"