

 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		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	30 Setiembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	91791-939634

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	DIANA CAROLINA ARENAS GOMEZ dcarenas@sena.edu.co		C.C.	1.100.950.977
Correo electrónico contratista:			IP/N° de contacto	73891
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO	Es declarante de renta?
		☐ NO	☐ NO	Es Pensionado?
		☐ NO	☐ NO	☐ 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
			N° 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				
N° del contrato:	4581531/2023		N° Compromiso SIIF	41823
Valor Total del Contrato	\$ 34.686.494	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 12.290.490	7	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 8.193.660		01/09/2023	30/09/2023
			Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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 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 RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.402.135		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
	Setiembre	Agosto	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.402.135,00
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	27337366	Base retención en la fuente a título de ICA	4.096.830,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.638.732	\$ 1.638.732	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 204.900	\$ 204.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 262.200	\$ 262.200	Menos Retención en la Fuente	0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00 15%
ARL II	\$ 17.200	\$ 17.200	Reteica - 8299	0,00 0,600%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833	\$ -	-	0,00
\$ 1.024.207	\$ -		-	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466	\$ -	-	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 4.241.200	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Sobretasa Bomberil	0,00 10,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -		
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 409.683	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 800.712		
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	
Programa Producción Agropecuaria - SEPTIEMBRE_Ficha: 2705209 Comp:Mantener el cultivo según recomendaciones agronómicas.AA.Det.Req Fecha:sep4,11,18y25/2023 Hor:13:00pm a 18:00pm Horas:20 EP:sep11/2023 Hor:7:00am a 12:00pm Horas:5-Ficha:2707903 Comp:Mant el cult Fecha:sep5,12,19y26/2023 Hor:13:00pm a 18:00pm Horas:20 EP:sep5y12/2023 Hor:7:00am a 12:00pm Horas:10- Ficha:2726784 Comp:Mant el cult Fecha:sep6,13,20y27/2023 Hor:13:00pm a 18:00pm Horas:20 EP:sep6,13 y20/2023 Hor:7:00am a 12:00pm Horas:15-Ficha:2698436 Comp:Mant cult Fecha:sep7,14,21y28/2023 Hor:13:00pm a 18:00pm Horas:20 EP:sep7,14 y21/2023 Hor:7:00am a 12:00pm Horas:15 -Ficha:2710181 Comp:Mant cul Fecha:sep1,8,15,22y29/2023 Hor:13:00pm a 18:00pm Horas:25 EP:sep 8y 15/2023 Hor:7:00am a 12:00pm Horas:10 ACTIVIDADES ADICIONALES: Desarrollo Curricular:10 Etapa Practica:55 Total Horas Académicas:105 Total Horas Sept:170	

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:	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 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.	OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO INSTRUCTOR G19
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 JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON SUBDIRECTOR DE CENTRO G02	



RAZON SOCIAL :	DIANA CAROLINA ARENAS GOMEZ
IDENTIFICACION:	CC-1100950977
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-09-11
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-09-19
FECHA DE PAGO:	2023-09-11
ENTIDAD DE PAGO:	BBVA COLOMBIA S.A.
PERIODO PENSION:	2023-08
PERIODO SALUD:	2023-08
NUMERO PLANILLA:	27337366
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	27337366
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	\$ 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:	19/10/2023
----------------------------------	------------



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 de septiembre de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

San Gil

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

C.C. 1100950977

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55413410

NUIP	1101624622
------	------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número ☐ 2	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			
ARENIL A				ARENAS			
Nombre(s)							
HELEM SAMARA							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	
Año	2	0	1	Mes	0	Día	1
				Femenino		O	
Factor RH							
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	12891637-7

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
ARENAS GOMEZ DIANA CAROLINA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.100.950.977	COLOMBIANA

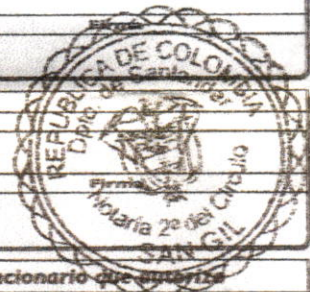
Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
ARDILA GOMEZ WILLIAM	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.077.573	COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
ARDILA GOMEZ WILLIAM	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.077.573	<i>William Ardila Gomez</i>

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	

Fecha de inscripción		Nombre y firma del funcionario que autoriza	
Año	2 0 1 4	Mes	0 1
		Día	2 4
		NUBIA CRUZ SOLANO	
		Nombre y firma	



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

