

 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	31 de Octubre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	45941-362523
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		SANDRA LILIANA VIDAL RAMIREZ		C.C.
Correo electrónico contratista:		slvidal@sena.edu.co		IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
		NO		Es declarante de renta?
		SI		Es Pensionado?
		NO		
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Inducción SST
				SI
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
				SI
		Tipo de cta		N° Cuenta
		AHORROS		36729948076
		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:	5369695/2023		N° Compromiso SIIF	200523
Valor Total del Contrato	\$ 12.427.051	N ° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 10.242.075	2	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 6.145.245		01/10/2023	31/10/2023
			Legalización comisiones del periodo	Valor Bruto Pago
				\$ 4.096.830,00
OBJETO CONTRACTUAL:		Prestar servicios personales como instructor para orientar la formación profesional en la modalidad virtual en la red de conocimiento		
(Descripción del servicio prestado)		gestión administrativa y servicios financieros en el área temática contabilidad		
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	\$ 2.184.976	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 6.281.806	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.690.094	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	Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.690.094,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.638.732	\$ 618.667	Base retención en la fuente a título de ICA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 204.900	\$ 77.400	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 262.200	\$ 99.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 17.200	\$ 6.500	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833	\$ -	Reteica - 8544	0,00
\$ 1.570.451	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 4.241.200	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 139.900	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 109.300	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 9.200	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 628.181	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 1.230.031	VALOR A PAGAR	\$4.096.830,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: CUATRO MILLONES NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES CONTRACTURALES DE ACUERDO CON LA PROGRAMACION ESTABLECIDA EN LOS PROCESOS FORMATIVOS DEL CENTRO SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA FICHAS 2281617 2010659 2175822 2175827 2281733 2281809 2282003 2282288 2282346 2282353 2374862 2348386 2348416 2348505 2374654 2374846 2455168 2455285 2469855 2626881 2626882 2175831 2281767 2282262 2281688, 2374564. 2374614, 2348519, 2281916, 2281873, 2282237 formación virtual fichas 2834561-2834562-2834563-2834564 Tecnólogo Gestión Agroempresarial FECHA INICIO 01-10-2023 FECHA FIN 31-10-2023 TOTAL HORAS IMPARTIDAS 168 TODAS LAS ACTIVIDADES ESTAN REGISTRADAS EN LA PLATAFORMA SOFIAPLUS REALIZAR APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL RESPECTO AL PERIODO DE SEPTIEMBRE PLANILLA 9456421065-9457043174 APORTES EN LINEA				
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.				
SANDRA LILIANA VIDAL RAMIREZ 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				
JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON				
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30397113		VIDAL RAMIREZ SANDRA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 33A NRO 5 12 B. PEDAGOGICCA	GRANADA-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2023-09	2023-09	187796400	9457043174	N	2023/10/04	2023/09/29	BANCOLOMBIA	\$75,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC 30397113	VIDAL RAMIREZ SANDRA LILIANA	230201	16	(\$618,667)	(\$99,000)	EPS037	16	(\$618,667)	(\$77,400)		0	\$0	\$0	14-23	16	(\$618,667)	(\$6,500)	0	\$0	\$0
2	CC 30397113	VIDAL RAMIREZ SANDRA LILIANA	230201	16	\$873,990	\$139,900	EPS037	16	\$873,990	\$109,300		0	\$0	\$0	14-23	16	\$873,990	\$9,200	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$255,323	\$40,900			\$255,323	\$31,900			\$0	\$0			\$255,323	\$2,700		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$40,900	\$0	\$0	\$40,900	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$40,900	\$0	\$0	\$40,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$2,700	\$0	\$0	\$2,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$2,700	\$0	\$0	\$2,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,900	\$0	\$0	\$31,900	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$31,900	\$0	\$0	\$31,900	
TOTAL				1	\$75,500	\$0	\$0	\$75,500	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30397113		VIDAL RAMIREZ SANDRA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 33A NRO 5 12 B. PEDAGOGICCA	GRANADA-META	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2023-09	2023-09	187346446	9456421065	I	2023/10/04	2023/09/29	BANCOLOMBIA	\$182,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	30397113	VIDAL RAMIREZ SANDRA LILIANA	230201	16	\$618,667	\$99,000	EPS037	16	\$618,667	\$77,400		0	\$0	\$0	14-23	16	\$618,667	\$6,500	0	\$0	\$0
Total Afiliados (1)						\$618,667	\$99,000			\$618,667	\$77,400			\$0	\$0			\$618,667	\$6,500		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$99,000	\$0	\$0	\$99,000	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$99,000	\$0	\$0	\$99,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,500	\$0	\$0	\$6,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$6,500	\$0	\$0	\$6,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$77,400	\$0	\$0	\$77,400	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$77,400	\$0	\$0	\$77,400	
TOTAL				1	\$182,900	\$0	\$0	\$182,900	



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 31 de octubre de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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.	1.120.374.191	ISABELLA LEON VIDAL	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: SANDRA LILIANA VIDAL RAMIREZ

C.C. 30.397.113 de Manizales



Adhesivo Copia
Registro Civil
20429006-3

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.120.374.191

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

52305227

52305227



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código X 2 L

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

REGISTRADURIA DE GRANADA - COLOMBIA - META - GRANADA

Datos del inscrito

Primer Apellido LEON Segundo Apellido VIDAL

Nombre(s) ISABELLA

Fecha de nacimiento Año 2012 Mes AGO Día 09 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA META GRANADA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo
110733639

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos VIDAL RAMIREZ SANDRA LILIANA

Documento de Identificación (Clase y número) CC 30.397.113

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos LEON ROJAS HERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número) CC 19.451.252

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos LEON ROJAS HERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número) CC 19.451.252

Primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

Segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2012 Mes AGO Día 15

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LUIS HORACIO VASCO SUAREZ - REGIS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

EL REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL
DE GRANADA META
CERTIFICA

ESPACIO PARA NOTAS

Que la presente fotocopia es fiel copia tomada del original

Fecha de Expedición 08 MAR 2017

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -