SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL SANTANDER**
**CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **930910** |
| **Fecha Elaboración** | **20 Noviembre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **85392-763791** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | EUMELIA AGUILAR VARGAS | **C.C.** | 63.301.687 | **IP/Nº de contacto** | 3229457228 |
| **Correo electrónico contratista:** | eaguilar8@misena.edu.co | | | | |

**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 **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 02071677560

**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:** | 4635341/2023 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **9623** |
| **Valor Total del Contrato** | $ 39.237.770 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 6.561.500 | **10** | **Del** 01/11/2023 | **Al** 30/11/2023 | **$ 3.936.900,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 2.624.600 | | Legalización comisiones del periodo | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET. PL 210D VR MES $ 3.936.900

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.936.900 | | 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** | **$ 3.936.900** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.314.508** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Noviembre | Octubre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7901027999** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.574.760 | $ 1.574.760 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 196.900 | $ 196.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 252.000 | $ 252.000 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.300 | $ 8.300 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 984.225 | $ - | |
| 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 | $ 393.690 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 771.503 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

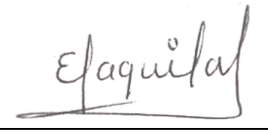
| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.314.508,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.488.000,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8523 | 25.114,00 | 0,720% |
| - | 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 | 2.511,00 | 10,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$3.909.275,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 2824845 Técnicos en cocina, manipulación de alimentos
Ficha 2560175 Tecnicos en cocina seguimiendo aprendices etapa productiva
Ficha 2060181 Técnicos en servicio de restaurante y bar, seguimiento aprendices en etapa productiva
Ficha 2868289 Grupo PAE Manipulacion de alimentos
Ficha 2867773 Grupo PAE manipulación de alimentos

**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.



**EUMELIA AGUILAR VARGAS**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

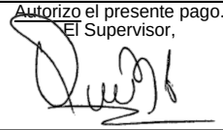
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



**OMAR MATEUS SANCHEZ**
**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**

**JOSE MANUEL ARIZA ARIZA**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 63301687 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EUMELIA AGUILAR VARGAS AGUILAR VARGAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BUCARAMANGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | SEC 18 APTO 230 BL 21-4 BUCARICA | TELÉFONO: | 6977134 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7901027999** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES octubre AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES octubre AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2023/11/16 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 280291127 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 252.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 252.800 | $ 0 | $ 252.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 252.800** | **$ 0** | **$ 252.800** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 197.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 197.500 | $ 0 | $ 0 | $ 197.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 197.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 197.500** |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 16.500 | $ 16.500 | $ 0 | $ 0 | $ 16.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 16.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 16.500** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 63301687 | AGUILAR VARGAS EUMELIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.580.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.580.000 | $ 252.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 252.800 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.580.000 | $ 197.500 | $ 0 | $ 197.500 |

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

| ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.580.000 | 63301687 | $ 16.500 |

PARAFISCALES

| DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 466.800** |

Planilla Pagada

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bucaramanga, Noviembre 20 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:

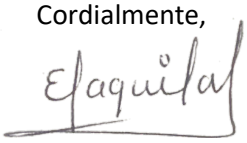
| | | | |
|---|---|---|---|
| **C.C.** | **1005288731** | **DIEGO ALONSO GARCIA AGUILAR** | **HIJO** |

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: Eumelia Aguilar Vargas
C.C. 63301687

ad08600123570062300014F51.pdf Recibo de pago universidad

## Factura Electronica de Venta: FI2-113161

Fecha de Expedición: 04/07/2023 13:28
Fecha de Vencimiento: 04/07/2023

**UNIVERSIDAD SANTO TOMAS**
**NIT: 860012357-6**

Cra. 18 Nº 9 - 27

**Ciudad:** BUCARAMANGA
**Departamento:** SANTANDER
**Pais:** Colombia
**Telefono:** 5878797 ext 1157
**Correo:** facturacionelectronica@usta.edu.co

**DIEGO GARCIA**
**CC:1005288731**

Calle 17#25-39

**Ciudad:** BOGOTA, D.C.
**Departamento:** BOGOTA
**Pais:** Colombia
**Telefono:**
**Correo:** diegoknockerz@hotmail.com

**Contacto:** DIEGO GARCIA
diegoknockerz@hotmail.com

Autorización Numeración de Facturación Electrónica DIAN: 18764050221862 del 08/06/2023 al 08/12/2024 Autoriza con Prefijo FI2 del 110001 al 230000.

**Nombre Vendedor:** UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
**Orden de Compra:**
**Avisos de Despacho:**
**Aviso de Recibo:**

**Forma de Pago:** Crédito
**Medio de Pago:**

| ID | Código Principal | Descripción | Cantidad | UM | Precio Unitario | Desc. | Cargos | Bruto | % Iva | Iva | Obseq. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | POL232_1613395 FI2_MAT_II_SM_PR | 1,0000 | 94 | 6.255.740,00 | 0,00 | 0,00 | 6.255.740,00 | | 0,00 | |

| | |
|---|---|
| **Total de Líneas** | 1 |
| **Bruto/Subtotal** | 6.255.740,00 |
| **IVA** | 0,00 |
| **Descuentos** | 0,00 |
| **Cargos** | 0,00 |
| **Base+ Cargos - Descuentos** | 0,00 |
| **Bruto + Impuestos** | 6.255.740,00 |
| **Total de Anticipos** | 0,00 |
| **Total a Pagar:** | 6.255.740,00 |
| **Moneda:** | PESOS COLOMBIANOS |

SON: SEIS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS COLOMBIANOS

Observaciones:
FI2_MAT_II_SM_PR

RESPONSABLES DEL IMPUESTOS SOBRE LA RENTA.
NO PRACTICAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR SER LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS UNA INSTITUCIÓN SIN ÁNIMO DE LUCRO, PERTENECIENTE AL RÉGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL, ARTICULO 19 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO. SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Res.DIAN 012220 del 26 dic 2022.
No somos responsables del impuesto a las Ventas de acuerdo al Art 92 ley 30 de 1992 y Numeral 5 del artículo 476 del Estatuto Tributario.
Esta Factura se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio según Articulo 774 C.C.
Actividad de Ica en el Territorio de Bucaramanga 30-6312, tarifa 7,2*1000.Cuenta de ahorro 0550046000312218 del banco BANCO DAVIVIENDA S.A.



CUFE : e3220996a525d637f1b0cd60cee18ac5007ee3d45dff6a22922738370cabb1ece77f39bdf2a44da2010223747c689763

Factura electrónica generada por eBILL | F&M Technology SAS NIT:900.306.823-4 | www.fymtech.com