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** | **12402-167368** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | OLGA MARIA PINZON TORRES | **C.C.** | 63.320.856 | **IP/Nº de contacto** | 0000 |
| **Correo electrónico contratista:** | opinzon@sena.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:** SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 08981782497

**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:** 4636801/2023 **Nº Compromiso SIIF** **13323**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 39.965.211 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 6.728.528 | **10** | **Del** | **01/11/2023** | **Al** | **30/11/2023** | **$ 4.036.890,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 2.691.638 | | 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 $ 4.036.890

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.036.890 | | 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** | **$ 4.036.890** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.373.301** | | **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** | ---------- | **27975849** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.614.756 | $ 1.614.756 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 201.900 | $ 201.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 258.400 | $ 258.400 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.500 | $ 8.500 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.009.222 | $ - | |
| 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 | $ 403.689 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 791.100 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.373.301,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.576.590,00 | |
| 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 | 25.751,00 | 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 | 2.575,00 | 10,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.008.564,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES OCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FORMACIÓN TITULADA PRESENCIAL
Ficha 2670801 TO. Gestión del Talento Humano – 01/11/2023 – 02/11/2023. Jornada Tarde.
Ficha 2619662 TO. Gestión del Talento Humano – 7/11/2023 – 30/11/2023. Jornada Noche.
Ficha 2670782 TO. Gestión Empresarial – 07/11/2023 – 10/11/2023. Jornada Tarde.
Ficha 2811043 TN Operación de servicios BPO – 09/11/2023 – 17/11/2023. Jornada Mañana.
ASISTENCIA A REUNIONES
Cierre de Inducción IV oferta. Auditorio Menor 01/11/2023.
Cierre Etapa productiva Auditorio Menor 01/11/2023
CAPACITACIÓN BRIGADA DE EMERGENCIAS 17/11/2023. Jornada Mañana.

**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 MARIA PINZON TORRES**
**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,

**DORIS JUDITH VARGAS VILLAMIL**
**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**

**JOSE MANUEL ARIZA ARIZA**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

COMPROBANTE DE PAGO

| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE APORTANTE | SUCURSAL | CORREO | CIUDAD - DEPARTAMENTO | CELULAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 63320856 | 0 | OLGA MARIA PINZON TORRES | I | 0 | OLGAMARIA.PINZONT@GMAIL.COM | 68-1 | 3152623164 |

| NÚMERO PLANILLA | 27975849 | | |
|---|---|---|---|
| REFERENCIA DE PAGO (PIN) | 27975849 | | |
| PAGO HASTA | DÍAS DE MORA | VALOR MORA | TOTAL A PAGAR |
| 2023-10-12 | 5 | $2.400 | $ 471.200 |

| ENTIDAD | AFILIADOS | TOTALES |
|---|---|---|
| Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES | 1 | $ 259.700 |
| NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. | 1 | $ 202.900 |
| ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | $ 8.600 |
| Sin CCF | 1 | $ 0 |
| SENA | 0 | $ 0 |
| INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR | 0 | $ 0 |
| ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLICA | 0 | $ 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | $ 0 |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE APORTANTE | SUCURSAL | DIRECCIÓN | CIUDAD - DEPARTAMENTO | TELÉFONO |
| CC 63320856 | 0 | OLGA MARIA PINZON TORRES | I | 0 | AV 87 24 09 APA 903 TRR 2 | 68-1 | 3152623164 |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | NÚMERO ID | PLANILLA | TIPO | REFERENCIA DE PAGO (PIN) | FECHA PAGO | BANCO | DÍAS MORA | VALOR |
| 2023-10 | 2023-10 | 63320856 | 27975849 | I | 27975849 | 2023-11-20 | BANCOLOMBIA | 5 | $ 471.200 |

| RESUMEN DE PAGO | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENTIDADES | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES | SALDO A FAVOR | SUMA INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (Administradoras: 1) | | | | 1 | 258.400 | $1.300 | $0 | $0 | $259.700 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900336004 | 7 | 1 | $258.400 | $1.300 | $0 | $0 | $259.700 |

| ENTIDADES | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES | SALDO A FAVOR | SUMA INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS (Administradoras: 1) | | | | 1 | 201.900 | $1.000 | $0 | $0 | $202.900 |
| NUEVA E.P.S. S.A. | EPS037 | 900156264 | 2 | 1 | $201.900 | $1.000 | $0 | $0 | $202.900 |
| ARL (Administradoras: 1) | | | | 1 | 8.500 | $100 | $0 | $0 | $8.600 |
| POSITIVA | 14-23 | 860011153 | 6 | 1 | $8.500 | $100 | $0 | $0 | $8.600 |
| TOTAL | | | | | $468.800 | $2.400 | $0 | $0 | $471.200 |

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bucaramanga, 20 de noviembre de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Bucaramanga

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:

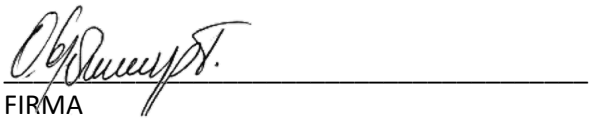
| | | | |
|---|---|---|---|
| **C.C.** | **28493946** | **Rosalba Torres** | **MADRE** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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 María Pinzón Torres
C.C. 63320856

Universidad Autónoma de Bucaramanga

*Luz Helena Parra Suárez*
*Contador Público*

**EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO**

**CERTIFICA**

Que para los efectos de la norma establecida en numeral 5 del parágrafo 2 del art. 387 del E.T, **ROSALABA TORRES** identificada con cédula de ciudadanía No. 28.493.946 de Bucaramanga residente en la ciudad de Bucaramanga, adulta mayor, es la madre de **OLGA MARIA PINZON TORRES**, identificada con c.c. No. 63.320.856 de Bucaramanga.

Que en la actualidad la señora, **ROSALBA TORRES** no obtienen ingresos propios por lo cual se cumplen los criterios para que puedan figurar como dependientes de su hija **OLGA MARIA PINZON TORRES.**

La presente certificación se expide para que sea presentada por la Dra. **OLGA MARIA PINZON TORRES,** ante la oficina de Recursos Humanos del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA vinculada bajo la modalidad de contratista.

En constancia de lo anterior, firmo en Bucaramanga a los dieciséis días del mes de agosto de 2.023.



_____
**Luz Helena Parra Suárez**
Contador Pública
TP-97745-T


JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES
97745-T
LUZ HELENA
PARRA SUAREZ
C.C. 30208861
RES. INSCRIPCION 258 DEL 11/12/2003
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL
284040
107645

