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	**22 Noviembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**77995-882449**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: LINA MARIA DE LAS MERCEDES VEGA VEGA
Correo electrónico contratista: lmvega72@misena.edu.co
C.C. 63.487.827 **IP/Nº de contacto** 0

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **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** 0570046570133713

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: 4872318/2023 **Nº Compromiso SIIF** 27423

Valor Total del Contrato	$ 30.314.130	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.117.970	**8**	**Del**	**01/11/2023**	**Al**	**30/11/2023**	**$ 3.936.900,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.181.070		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET. PL 231 DIAS 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	----------	**9457905610**
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

Prestación de servicios personales de carácter temporal para orientar formación titulada complementaria y virtual según los modelos formativos establecidos por el CSET.
Evaluar los aprendizajes de los sujetos en formación,los procesos formativos de acuerdo a los procedimientos lineamientos establecidos Impartir formación titulada Ficha 2824896 Tecnología Gestión Empresarial Jornada Noche.15/11/2023-06/12/2023 Administrar Salud Ocupaci Apoyo Administración educativa proceso diseño y aplicación prueba taller para la 1 oferta 2024 de los programas Pastelería y Barismo.

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.

LINA MARIA DE LAS MERCEDES VEGA VEGA
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)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63487827		VEGA VEGA LINA MARIA DE LAS MERCEDES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 17 # 98 - 03 T1 Ap 1202	BUCARAMANGA-SANTANDER	6944585	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	262785383	9457905610	I	2023/11/08	2023/11/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$457,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,574,760	$252,000			$1,574,760	$196,900			$0	$0			$1,574,760		$8,300		$0	$0		$457,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,574,760	$252,000			$1,574,760	$196,900			$0	$0			$1,574,760		$8,300		$0	$0		$457,200
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																						$1,574,760	$252,000			$1,574,760	$196,900			$0	$0			$1,574,760		$8,300		$0	$0		$457,200
1	CC	63487827 VEGA LINA																		25-14	30	$1,574,760	$252,000	EPS002	30	$1,574,760	$196,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,574,760	0.522%	$8,300	0	$0	$0	No	$457,200
Total		**Afiliados(1)**																				$1,574,760	$252,000			$1,574,760	$196,900			$0	$0			$1,574,760		$8,300		$0	$0		$457,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63487827		VEGA VEGA LINA MARIA DE LAS MERCEDES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 17 # 98 - 03 T1 Ap 1202	BUCARAMANGA-SANTANDER	6944585	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	262785383	9457905610	I	2023/11/08	2023/11/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$457,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$252,000	$0	$0	$252,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$252,000	$0	$0	$252,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,300	$0	$0	$8,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,300	$0	$0	$8,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,900	$0	$0	$196,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$196,900	$0	$0	$196,900
TOTAL				**1**	**$457,200**	**$0**	**$0**	**$457,200**

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bucaramanga, 20 de Noviembre 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.	**1097491798**	**DAVID SANTIAGO RINCÓN VEGA**	**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: LINA MARIA DE LAS MERCEDES VEGA VEGA

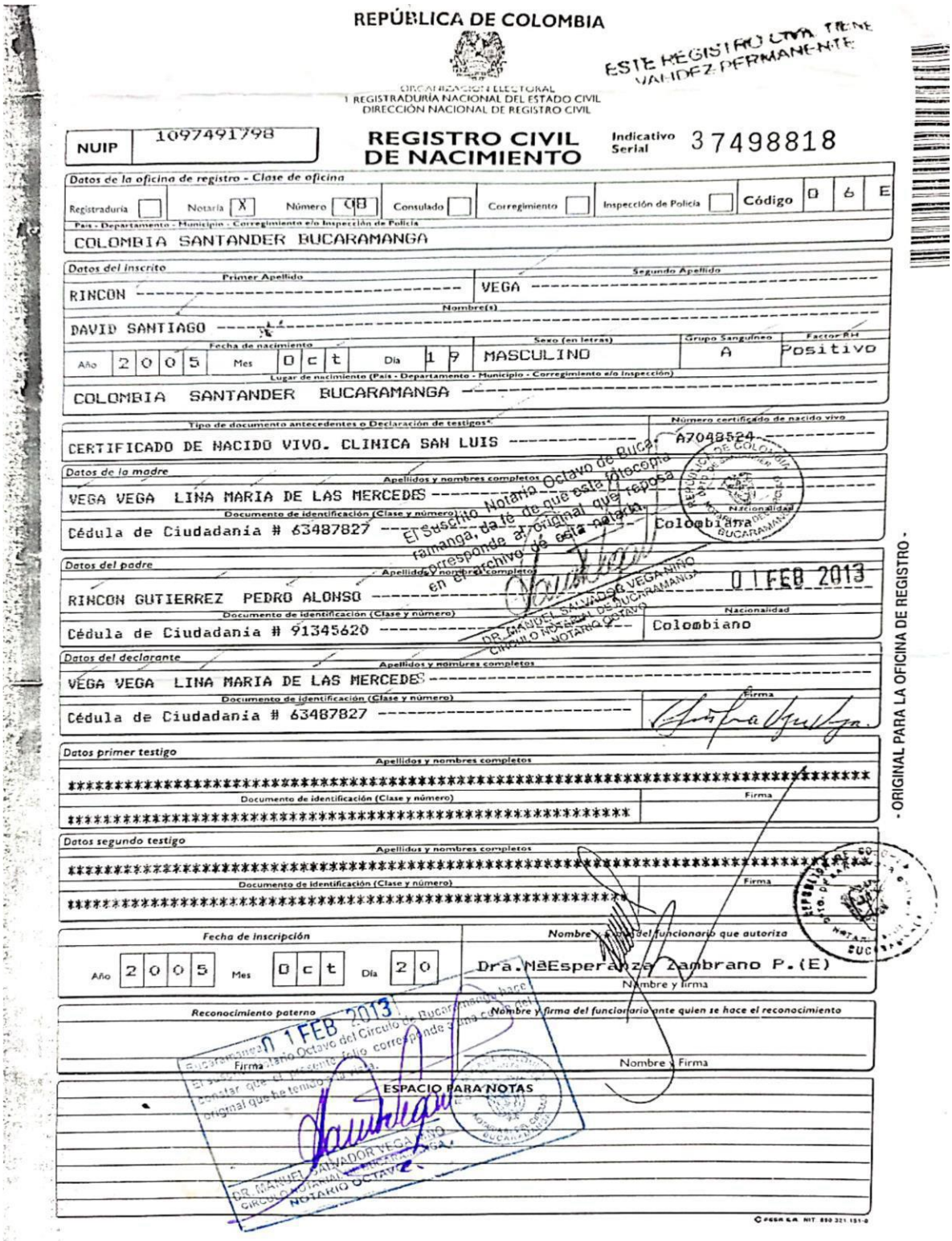
C.C. 63.487.827 de B/ga.

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre 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 por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal



REPÚBLICA DE COLOMBIA

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE

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

NUIP 1097491798

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37498818

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 08 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 6 E

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

COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: RINCON

Segundo Apellido: VEGA

Nombre(s): DAVID SANTIAGO

Fecha de nacimiento: Año 2005 Mes Oct Día 19

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo Sanguíneo: A

Factor RH: Positivo

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

COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos*: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO. CLINICA SAN LUIS

Número certificado de nacido vivo: A7048524

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: VEGA VEGA LINA MARIA DE LAS MERCEDES

Documento de identificación (Clase y número): Cédula de Ciudadania # 63487827

Nacionalidad: Colombiana

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RINCON GUTIERREZ PEDRO ALONSO

Documento de identificación (Clase y número): Cédula de Ciudadania # 91345620

Nacionalidad: Colombiano

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: VEGA VEGA LINA MARIA DE LAS MERCEDES

Documento de identificación (Clase y número): Cédula de Ciudadania # 63487827

Firma

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: Año 2005 Mes Oct Día 20

Nombre y firma del funcionario que autoriza: Dra. MaEsperanza Zambrano P.(E)

Nombre y Firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

El Suscrito Notario Octavo de Bucaramanga, da fe de que esta fotocopia corresponde al original que reposa en el archivo de esta notaría.

01 FEB 2013

DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO
CIRCULO NOTARIAL DE BUCARAMANGA
NOTARIO OCTAVO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

RECIBO PAGO MATRICULA 23 DE JUNIO DE 2023
PROGRAMA FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PFC - MAESTROS

