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 - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **954110** |
| **Fecha Elaboración** | **Noviembre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **80146-682562** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | MARLENY CORZO MARIN | **C.C.** | 52.397.097 | **IP/Nº de contacto** | 3157821091 |
| **Correo electrónico contratista:** | mcorzo79@misena.edu.co | | | | |

**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 ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 048800026485

**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:** 4496447/2023 **Nº Compromiso SIIF** **3723**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 43.153.276 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 6.281.806 | **10** | **Del** | **01/11/2023** | **Al** | **30/11/2023** | **$ 4.096.830,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 2.184.976 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor, para orientar la formación profesional programada por el centro de formación en la red de conocimiento 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 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** | **$ 4.096.830** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.402.135** | | **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** | ---------- | **9458587222** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.638.732 | $ 1.638.732 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 204.900 | $ 204.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 262.200 | $ 262.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 17.200 | $ 17.200 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.024.207 | $ - | |
| 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 | $ 409.683 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 800.712 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.402.135,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.096.830,00 | |
| 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 - 8299 | 0,00 | 0,600% |
| - | 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 | 0,00 | 10,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **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

Formación Programa: Tn en Asistencia Administrativa Ficha: 2702442
Actividad de Aprendizaje: Elaborar un instructivo sobre el desarrollo del proceso de trámite de documentos administrativos
Fecha Inicio y Fin: Noviembre 2 a Noviembre 9 de 2023 Horas Ejecutadas: 10 horas
Programa de Formación: To en Gestión Contable y de Información Financiera Ficha: 2557368
Actividad de Aprendizaje: Aplicar los sistemas de costeo por órdenes de producción y por procesos según el tipo de producto y normativ
Fecha Inicio y Fin: Noviembre 28,29 y 30 de 2023 Horas Ejecutadas: 18 horas
Seguimientos etapas productivas TECNOLOGO GESTION CONTABLE Y DE INFORMACION FINANCIERA FICHA 2206087
TO EN GESTON CONTABLE Y DE INFORMACION FINANCIERA FICH2293328 - TN EN CONTABILIZACION2293436 - TO EN PRODUCCION DE MEDIOS AUDIOVISUAL
TOTAL HORAS EJECUTADAS: 150 HORAS

**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.



**MARLENY CORZO MARIN**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

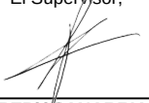
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



**JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ**
**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**

**PATRICIO SUAREZ HURTADO**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52397097 | | CORZO MARIN MARLENY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cll 31B 13B 06 | SAN GIL-SANTANDER | 7821091 | 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 | 274958847 | 9458587222 | I | 2023/11/24 | 2023/11/14 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $484,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 52397097 | CORZO MARLENY | 230201 | 30 | $1,640,007 | $262,500 | EPS002 | 30 | $1,640,007 | $205,100 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,640,007 | $17,200 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | **$1,640,007** | **$262,500** | | | **$1,640,007** | **$205,100** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,640,007** | **$17,200** | | **$0** | **$0** |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $262,500 | $0 | $0 | $262,500 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $262,500 | $0 | $0 | $262,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $17,200 | $0 | $0 | $17,200 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $17,200 | $0 | $0 | $17,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $205,100 | $0 | $0 | $205,100 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $205,100 | $0 | $0 | $205,100 |
| TOTAL | | | | 1 | $484,800 | $0 | $0 | $484,800 |



2023/11/14 09:42 AM

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

San Gil, 30 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:

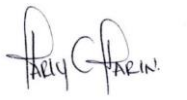
| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1097124481** | **SAMUEL DAVID MARTINEZ CORZO** | **HIJO** |

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: MARLENY CORZO MARIN
C.C. 52.397.097

258

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1097124481

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 34835049

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 05E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MARTINEZ | CORZO ********** |

Nombre(s)

SAMUEL DAVID **********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2014 Mes MAY Día 04 | Masculino | O | Negativo |

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 12498922-1 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

CORZO MARIN MARLENY

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC NRO.52.397.097 DE BOGOTA D.C | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ GOYENECHE OSCAR ANDRES

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC NRO. 13.702.519 DE CHARALA | COLOMBIANO |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ GOYENECHE OSCAR ANDRES

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC NRO. 13.702.519 DE CHARALA | |

**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 | Nombre y firma del funcionario encargado |
|---|---|
| Año 2014 Mes MAY Día 05 | ELIZABETH MANCIPE PICO<br>Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by CamScanner