SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL GUAVIARE**
**CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **95** |
| **Código Centro** | **953310** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2024** |
| **Versión** | **ENERO 2024 - 1,24** |
| **ID de Proceso** | **99721-177289** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | NELSON VARGAS MEJIA | **C.C.** | 86.056.882 | **IP/Nº de contacto** | 85305 |
| **Correo electrónico contratista:** | vargasm5@hotmail.es | | | | |

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

**Banco al cual consignar:** BANCO POPULAR **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** 230054126446

**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:** 5778865/2024 **Nº Compromiso SIIF** 3924

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 52.056.667 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 45.913.334 | **3** | **Del** | **01/03/2024** | **Al** | **31/03/2024** | **$ 4.850.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 41.063.334 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FPI, QUE SE EJECUTE EN MARCO PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA MEDIA ÁREA PECUARIA, QUE IMPARTE EL CDATTG EN EL DPTO GUAVIARE. RDO CPE NO. 95-9-2024-000170.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.850.000 | | 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** | **$ 4.850.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.843.850** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | **Marzo** | **Febrero** |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7914815082** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.940.000 | $ 1.940.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 242.500 | $ 242.500 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 310.400 | $ 310.400 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 20.300 | $ 20.300 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.212.500 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500 | $ - | |
| 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 $ 1.506.080 | $ 485.000 | |
| Salud hasta $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 3.098.445 | $ 947.950 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.843.850,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 0,00 | |
| 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 | 0,000% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-Univesidad de la Amazonia | 24.250,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.825.750,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA 2705377 EJECUTAR PLAN SANITARIO SEGÚN RECOMENDACIONES TÉCNICAS, CRONOGRAMA MONITOREAR ESTADO DEL ANIMAL TRATADO DE ACUERDO CON PROTOCOLO Y NORMATIVA.
GRUPO NUEVO. MANEJAR ALOJAMIENTOS E INFRAESTRUCTURA EN EL COMPONENTE PECUARIO CON CRITERIOS TÉCNICOS, ECOLÓGICOS Y DE BIENESTAR ANIMAL. OPERAR EQUIPOS Y HERRAMIENTAS SEGÚN PLAN DE MANEJO ANIMAL.
FICHA 2703500. DEFINIR Y ADECUAR INSTALACIONES, MAQUINARIA Y EQUIPO A UTILIZAR SEGÚN LA ETAPA PRODUCTIVA DE LA ESPECIE.
REUNION EQUIPO ARTICULACION CON EL COORDINADOR ACADEMICO Y LIDER DEL PROGRAMA

**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.

**NELSON VARGAS MEJIA**
**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,

**EZEQUIEL TARAZONA MURILLO**
**COORDINADOR ACADÉMICO**

**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**

**GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

banco popular

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 86056882 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | NELSON VARGAS MEJIA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SAN JOSE DEL GUAVIARE | DEPARTAMENTO: | GUAVIARE |
| DIRECCIÓN: | CALLE 7 N 18-91 | TELÉFONO: | 5849067 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7914815082** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/03/08 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 502234988 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 310.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 310.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 242.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 242.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 20.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 20.300** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 573.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 573.200** |

Planilla Pagada

# CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE




Certificamos que NELSON con documento CEDULA DE CIUDADANIA 86056882, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) NELSON VARGAS MEJIA con documento CC 86056882, como se detalla a continuación:

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| Número de Planilla | 7914815082 | Tipo de Planilla | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotizado Otros | MARZO/2024 | Periodo Cotización Salud | MARZO/2024 |
| Fecha Pago | 2024/03/08 | Número de Autorización | 502234988 |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| PENSIÓN | | Administradora | 25-14 COLPENSIONES |
| Días | 30 | Tarifa | 16,000 % |
| Indicador tarifa especial | Normal | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| SALUD | | Administradora | EPS037 - NUEVA E.P.S |
| Días | 30 | Tarifa | 12,500 % |

| | | | |
|---|---|---|---|
| RIESGOS PROFESIONALES | | Administradora | 14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días | 30 | Tarifa | 1,044 % |
| Clase de Riesgo | 2 | | |

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

**PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS**

**FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

**Generalidades:**

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

San Jose del Guaviare, 11 de Marzo de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
San Jose del Guaviare

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:

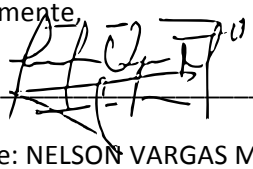
| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1.120.578.385** | **NELSON VARGAS TORRES** | **HIJO** |

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: NELSON VARGAS MEJIA C.C. 86056882

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

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

NUIP 1.120.578.385

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **51938117**

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

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 2 R

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE - COLOMBIA - GUAVIARE - SAN J

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| VARGAS | TORRES |

Nombre(s)

NELSON

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2013 Mes SEP Día 03 | MASCULINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 11880511-5 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos

TORRES SANTA YULIETH JOHANNA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.121.833.869 | COLOMBIA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos

VARGAS MEJIA NELSON

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 86.056.882 | COLOMBIA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

VARGAS MEJIA NELSON

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 86.056.882 | |

*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 ante quien se hace la inscripción |
|---|---|
| Año 2013 Mes OCT Día 02 | JOSE ANTONIO AYALA SANCHEZ - REGI<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

02.OCT.2013 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 38 FOLIO Nº 0035

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
20024186-6

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

ORIXPRES SAS NIT. 900.158.870-1 100238573

Escaneado con CamScanner