SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

**REGIONAL SANTANDER**

**CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **954610** |
| **Fecha Elaboración** | **31 de Marzo de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **81717-845707** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ROSIBEL VEGA FONTECHA | **Banco a consignar:** | BANCO POPULAR |
| **Cédula de Ciudadanía** | 63.433.959 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | rvegaf@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 230540775681 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3209363126 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | SI |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2023** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)** | NO |
| **¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?** | NO |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Ninguno |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 5946314/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **15024** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 10 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR:PSP EN EL ROL DE INSTRUCTOR TÉCNICO EN EL AREA DE PROCESAMIENTO DE ALIMENTOS, APORTANDO EN LA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN Y ASESORÍA TÉCNICA PARA EL EMPRENDIMIENTO RURAL Y CAMPESINO; DEF |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/03/2024** | **Al** | **31/03/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 38.105.984 |
| **Número de pago** | **2** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 40.189.905 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 33.640.439 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.545 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.465.545** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.953.745** | **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** | | ---------- | **8629464470** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.786.218 | $ 1.300.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 223.300 | $ 162.500 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 285.800 | $ 208.000 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | II | $ 18.700 | $ 13.600 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ - | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 30.984.458 | $ 984.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 424.955 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.953.745,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.465.545,00 | |
| 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 - 8543 - VELEZ | 8.931,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.456.614,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 2938269/Florián/Vereda Gualilo= Alistar meterias primas, equipos y herramietas requeridos para la elaboración de productos alimenticios de acurdo con la formulación del producto y la normativa vigente= días 9,10,11,12,20,21,22= 56 horas

Ficha 2944051/Puente Nal./Panadería= Alistar materias primas, equipos y herramientas requeridos...dias 14,15,16,17,18,19 =48 horas

Ficha 2951126/Puente Nal./Café= Alistar materias primas, equipos y herramientas requeridos...días 25,26,27 y 28= 32 horas

HORAS ACADEMICAS = 136

HORAS ADICIONALES(Material de apoyo)= 16

TOTAL HORAS= 152

**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

Rosibel Vega Fontecha
C.C. 63 433 959

**ROSIBEL VEGA FONTECHA**
**EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

**GREGORIO RUIZ MEDINA**
**PROFESIONAL G09**

**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**
**JAVIER GONZALEZ FRANCO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL : | ROSIBEL VEGA FONTECHA |
| IDENTIFICACIÓN: | CC-63433959 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE: | 2024-03-20 |
| FECHA LÍMITE DE PAGO: | 2024-03-14 |
| FECHA DE PAGO: | 2024-03-11 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE BOGOTA |
| PERÍODO PENSIÓN: | 2024-02 |
| PERÍODO SALUD: | 2024-02 |
| NÚMERO PLANILLA: | 8629464470 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8654324922 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NÚMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 830003564 | FAMISANAR | 1 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 162.500 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 208.000 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 13.600 | $ 13.600 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 384.100 | $ 384.100 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 12/04/2024 |

# CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 3-2023-0000014

Certifico que **Rosibel Vega Fontecha,** contratista que se identifica con cédula de ciudadanía **63.433.959** cumplió con los documentos médicos y de ayudas diagnosticas exigidos para la contratación

Documentos solicitados en la circular 3-2023-0000014: "Exámenes Preocupacionales para Contratos de prestación de servicios personales emitido por la Secretaría General". Esta certificación debe ser entregado dentro de los documentos de la cuenta, en cumplimiento de lo solicitada por la Circular 3-2023-0000014.

Se firma en Bucaramanga el 15 de marzo del 2024

Cordial saludo,



**CESAR AUGUSTO SANCHEZ QUINTERO**
Médico SST Regional Santander
Especialista en Salud Ocupacional