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 VALLE

CENTRO DE DISEÑO TECNOLOGICO INDUSTRIAL-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**922910**
Fecha Elaboración	**Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**12580-136155**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	OLGA MARIA PINZON TORRES	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	63.320.856	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	opinzon@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	08981782497
IP/Nº de contacto:	0000	**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**	SI

¿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	SI
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:	6438601/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**106224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR, EJECUTANDO LAS ACCIONES DE FORMACIÓN PARA EL PROGRAMA ACCIONES REGULARES PERIODO FIJO EN EL CENTRO DISE

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024 Al 31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 24.411.647
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 24.858.201
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 19.946.102

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	$ 446.554		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.912.099**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.644.089**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**30272086**
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	I	$ 9.400	$ 6.800
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 208.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 162.500	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 6.800	
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		$ 491.210	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 881.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.644.089,00	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	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Pro-UCEVA	22.328,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
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	**$4.443.217,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL

Ficha 3038234 Actualización del SGSST - 20 horas del 01 al 12 de julio de 2024.

Ficha 3038235 Actualización del SGSST - 20 horas del 01 al 12 de julio de 2024.

Ficha 3038237 Actualización del SGSST - 20 horas del 01 al 12 de julio de 2024.

Ficha 3038238 Actualización del SGSST - 20 horas del 01 al 12 de julio de 2024.

Ficha 3039544 Actualización del SGSST - 20 horas del 15 al 26 de julio de 2024.

Ficha 3039551 Actualización del SGSST - 20 horas del 15 al 26 de julio de 2024.

Ficha 3039555 Actualización del SGSST - 20 horas del 15 al 26 de julio de 2024.

Ficha 3039558 Actualización del SGSST - 20 horas del 15 al 26 de julio de 2024.

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

OLGA MARIA PINZON TORRES
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,

MARLLY ALEXANDRA ARANGO GRANADA
COORDINADORA ACADÉMICA

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
ALEX AMED VALENCIA ROJAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

09/07/24 23:17:11 USUARIO: SIC - C.C. 63320856

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 12 de julio de 2024

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.	**28493946**	**ROSALBA TORRES**	**MADRE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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. 63.320.856 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, **ROSALBA 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.**

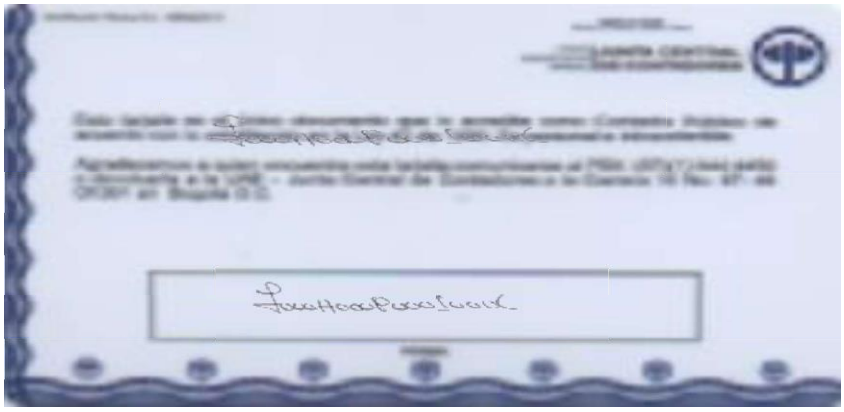
La presente certificación se expide para que sea presentada por la Dra. **OLGA MARIA PINZON TORRES,** ante la oficina de Recursos Humanos del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA vinculada bajo la modalidad de contratista.

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. 30208561
RES. INSCRIPCION 288 DEL 11/12/2003
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA
JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL
284040
107645




REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 28.493.946
TORRES De PINZON
APELLIDOS
ROSALBA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 28-DIC-1946
ZAPATOCA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
03-FEB-1969 ZAPATOCA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2700100-00160549-F-0028493946-20090628
0012891290A 2
6850007935

NOMBRES Y APELLIDOS DEL REGISTRADO

Olga María Pinzón Torres

En la República de Colombia Departamento de Santander

Municipio de Zapatoca (Corregimiento, Vereda, Inspección) a nueve

del mes de Marzo de mil novecientos setenta y seis

se presentó Carmen Pinzón (Nombre del declarante) identificado con 28493.045 Zap.

domiciliado en Zapatoca y declaró

SECCION GENERICA

Que para los efectos legales denuncia ante esta Notaría (Notaría, Registraduría, Alcaldía, etc.)

que el día Veintidos del mes de noviembre de mil novecientos sesenta y cinco

nació en el municipio de Zapatoca departamento de Santander

República de Colombia un niño de sexo femenino

a quien se le ha dado el nombre de Olga María

SECCION ESPECIFICA

Hora de nacimiento 10 P.M. lugar Barrio Las Flores (Dirección de la Casa, Hospital, Barrio, Vereda.)

Nombre de la madre Rosalba Torres

Identificada con 28.493.946 Zap de profesión Hogar

de nacionalidad Colombiana y estado civil casada.

Nombre del padre Esteban Pinzón (La anotación del nombre del padre está sujeta a lo dispuesto en los Art. 53 y 54 del Decreto 1260/70)

Identificado con 5.794.139 Zap de profesión Obrero

de nacionalidad Colombiano y estado civil casado

Certificó el nacimiento _____ (Nombre del Médico – Enfermera) Licencia No. _____

o los testigos _____ (Cuando no se presenta certificado – Art. 49 Decreto 1260/70) y _____

quienes suscriben la presente Acta para acreditar el nacimiento

El denunciante Carmen Pinzón del Plata

Los testigos Se presentó partida de Bautismo

A falta de certificado Médico o de enfermera. C.C. No. C.C. No.

El funcionario que autoriza el registro Wailer Ruiz (FIRMA Y SELLO)

COLOMBIA SANTANDER NOTARIA UNICA DEL CIRCULO ZAPATOCA

DILIGENCIA DE RECONOCIMIENTO

Para efectos del artículo 2o. de la Ley 45 de 1936, subrogado por el artículo 1o. de la Ley 75 de 1968, reconozco al niño a que se refiere esta Acta como mi hijo natural y para constancia firmo,

_____ Firma del padre que hace el reconocimiento

_____ Firma de la madre que hace el reconocimiento

_____ Firma y sello del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

REGISTRADURIA 24107278-0

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIOAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRADURIA MUNICIPAL
ZAPATOCA – SANTANDER

EL SUSCRITO REGISTRADOR MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL DE ZAPATOCA – SANTANDER HACE CONSTAR, QUE EL PRESENTE FOLIO ES FIEL FOTOCOPIA TOMADA DE SU ORIGINAL TOMO 19 FOLIO 71 SERIAL ——— QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA OFICINA.

SE OMITEN SELLOS ART.18 DECRETO 2150 DE 1995.

ART. 22 LEY 962 DEL 2005 VIGENCIA PERMANENTE

SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO

ZAPATOCA – SANTANDER DIA: 20 MES 02 DE 2019

VALIDO PARA
TRAMITES LEGALES

ESP. MIGUEL ANGEL VILLAMIZAR SERRANO
Registrador Municipal Del Estado Civil

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	30272086		
REFERENCIA DE PAGO (PIN)	30272086		
PAGO HASTA	DÍAS DE MORA	VALOR MORA	TOTAL A PAGAR
2024-06-17	0	$0	$ 527.800

ENTIDAD	AFILIADOS	TOTALES
Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	1	$ 285.800
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	1	$ 223.300
ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$ 18.700
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
2024-06	2024-06	63320856	30272086	I	30272086	2024-06-28	BANCOLOMBIA	0	$ 527.800

RESUMEN DE PAGO									
ENTIDADES	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES	SALDO A FAVOR	SUMA INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (Administradoras: 1)				1	285.800	$0	$0	$0	$285.800
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	$285.800	$0	$0	$0	$285.800

ENTIDADES	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES	SALDO A FAVOR	SUMA INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
EPS (Administradoras: 1)				1	223.300	$0	$0	$0	$223.300
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	$223.300	$0	$0	$0	$223.300
ARL (Administradoras: 1)				1	18.700	$0	$0	$0	$18.700
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	$18.700	$0	$0	$0	$18.700
TOTAL					$527.800	$0	$0	$0	$527.800

ASOPAGOS s.a.
PAGADO