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 AGROTURISTICO - SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**22760-059955**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	11.189.168	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mangaritad@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24036326860
IP/Nº de contacto:	3076718561	**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:	5933650/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**25324**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor para orientar la formación profesional integral: titulada y/o complementaria programada en el Centro Agroturistico en la red de conocimiento: hoteleria y turismo en el área temática: turismo

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2024**	**Al**	**30/06/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.276.500
Número de pago	**5**			**Valor Total del Contrato:**	$ 30.842.400
Valor Bruto Pago:			**$ 3.855.300,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.421.200

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.855.300	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	**$ 3.855.300**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.272.170**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8631435385**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.542.120	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 192.800	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 246.800	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL V		$ -	$ 0
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		$ 385.530	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 758.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.197.957		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.272.170,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.855.300,00	
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 - 8551	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.855.300,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 3010441 A.A. CONDUCIR EL RECORRIDO Y RETIRO DEL GRUPO EN LA RUTA DEFINIDA

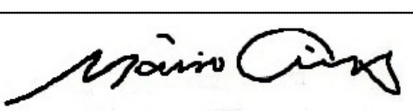
FECHAS 17,18,19,20,21,22,24,25,26,27,28,29 Y 30 HORAS 100

Total horas reportadas 100

Planilla de corrección 30493062

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



MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

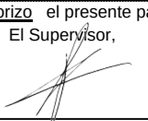
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



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
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-11189168
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-07-08
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-07-08
FECHA DE PAGO:	2024-07-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2024-05
PERÍODO SALUD:	2024-05
NÚMERO PLANILLA:	8631435385
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8615669422
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 2.400	$ 162.500	$ 164.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 3.100	$ 208.000	$ 211.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 6.800	$ 6.900
CCF40	890201578	COMFENALCO SANTANDER	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 200	$ 7.800	$ 8.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 5.800	$ 385.100	$ 390.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/07/2024

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-11189168
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-07-24
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-07-19
FECHA DE PAGO:	2024-07-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-05
PERÍODO SALUD:	2024-05
NÚMERO PLANILLA:	30493062
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30493062
TIPO DE PLANILLA:	N

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 700	$ 30.300	$ 31.000
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 700	$ 30.300	$ 31.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 900	$ 38.800	$ 39.700
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 900	$ 38.800	$ 39.700
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 1.300	$ 1.400
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 1.300	$ 1.400
CCF40	890201578	COMFENALCO SANTANDER	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 1.500	$ 1.600
Subtotal CCF		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 1.500	$ 1.600
PASENA	899999034	SENA	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAICBF	899999239	ICBF	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAESAP	899999054	ESAP	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAMIED	899999001	MINEDU	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 71.900	$ 73.700

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/07/2024

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 29 de febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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:

TI	1101262203	ARIADNE ANGARITA VESGA	Hijo(a)

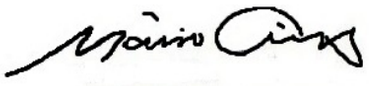
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ
C.C. 11189168

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1101262203

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50360851

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 5 H

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

COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (NOTARÍA PRIMERA)

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ANGARITA	VESGA

Nombre(s): ARIADNE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes JUN Día 25	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA * SANTANDER * SAN GIL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MÉDICO	12494476-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: VESGA RUEDA MAIRA ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.100.960.402 DE SAN GIL	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ANGARITA DIAZ MARIO ANGEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 11.189.168 DE ENGATIVA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ANGARITA DIAZ MARIO ANGEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 11.189.168 DE ENGATIVA	

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 que autoriza
Año 2014 Mes JUL Día 09	ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE SAN GIL Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA . NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE SAN GIL Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

. ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -