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	**31 de Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**81025-026727**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANGELA PATRICIA FIGUEROA PELAYO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.101.688.407	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	afigueroap@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	03143656280
IP/Nº de contacto:	3143656280	**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	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:	6305068/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**109924**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA APOYAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE NIVEL TÉCNICO PROGRAMADA POR EL CENTRO PARA EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MED : PL6 M 17 D VR 4.465.545

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024**	**Al**	**31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 22.327.725
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 29.323.746
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 17.862.180

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 446.207	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.911.752**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.919.777**	**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		----------	**30174790**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 18.700	$ 18.700
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		$ 491.175	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 973.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.431.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.919.777,00	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 - 8299	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	0,00	10,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.465.545,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA 2709282. AA: REGISTRAR LA INFORMACION FECHA 8, 9, 15, 16, 22, 23, 29, 30 DE JULIO DE 2024 TOTAL HORAS: 44 HORAS

FICHA 2707963. AA: REGISTRAR LA INFORMACION FECHA 10, 12, 17, 19, 24, 26,31 DE JULIO DE 2024 TOTAL HORAS: 38 HORAS

FICHA 2708805. AA: REGISTRAR LA INFORMACION FECHA 10, 17, 24, 31 DE JULIO DE 2024 TOTAL HORAS: 20 HORAS

FICHA 2710669. AA: REGISTRAR LA INFORMACION FECHA 11, 12, 18, 19, 25, 26 DE JULIO DE 2024 TOTAL HORAS: 33 HORAS

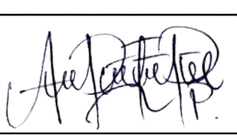
FICHAS2709282-2707963-2708805-2710669AA:AplicarenlaresoluciónderoblemasrealesFECHA2,4,6,8,9,11,13,15 DE JULIO DE 2024.HORAS8-8-8-8

TOTAL HORAS 167 HORAS

PLANILLA PAGO DE SEGURIDAD NUMERO 30174790. DEL MES DE JUNIO.

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



ANGELA PATRICIA FIGUEROA PELAYO
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,

OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO
INSTRUCTOR G19

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)

24/07/24 10:38:57 USUARIO: SIC - C.C. 1101688407

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANGELA PATRICIA FIGUEROA PELAYO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1101688407
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-06-14
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-07-03
FECHA DE PAGO:	2024-06-14
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-06
PERÍODO SALUD:	2024-06
NÚMERO PLANILLA:	30174790
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30174790
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	$ 1.786.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.300	$ 223.300
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.786.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.900	$ 285.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.786.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.700	$ 18.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 527.900	$ 527.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	02/08/2024

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 14 de Mayo 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:

RC	1095842959	JERONIMO SILVA FIGUEROA	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,



ANGELA PATRICIA FIGUEROA PELAYO
C.C. 1101688407

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
20454173-7

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: **N** 0730259

NUIP 1.095.842.959

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☐ X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
SILVA FIGUEROA JERONIMO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)												Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	1	7	Mes	D	I	C	Día	0	5	MASCULINO	A +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)												Indicativo serial
Año	2	0	1	7	Mes	D	I	C	Día	0	6	0152765210

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
FIGUEROA PELAYO ANGELA PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.101.688.407	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
SILVA AYALA SAUL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.101.690.628	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
SILVA AYALA SAUL

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 1.101.690.628

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio: COLOMBIA SANTANDER FLORIDABLANCA — Código: Q 2 T

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras): Año 2017 Mes DIC Día 06

Nombre y firma del funcionario

MEIRA PATRICIA LOPEZ PEREZ
Registrador del Estado Civil