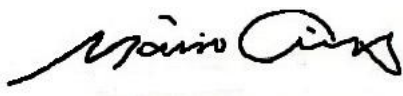


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		68			
			Código Centro		954110			
			Fecha Elaboración		30 Setiembre de 2024			
			Versión		MARZO 2024 - 2,24			
			ID de Proceso		87399-184576			
REGIONAL SANTANDER								
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER								
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1								
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/N° 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								
N° del contrato:		5933650/2024		N° Compromiso SIIF		25324		
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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 Agroturístico en la red de conocimiento: hotelería y turismo en el área temática: turismo						
DATOS PERIODO DEL PAGO								
Del		01/09/2024		Al		30/09/2024		
Número de pago		8		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 7.710.600		
Valor Bruto Pago:		\$ 3.855.300,00		Valor Total del Contrato:		\$ 30.842.400		
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 3.855.300		
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								
		Setiembre		Agosto		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.272.170,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		8632642275		Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.855.300,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.542.120		\$ 1.542.120		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 192.800		\$ 192.800		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 246.800		\$ 246.800		Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL V		\$ -		\$ 0		Reteica - 8551	0,00	0,500%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0,500%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0,500%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0,500%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -					0,00	0,500%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -					0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 385.530				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta \$ 753.040		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 34.082.904		\$ 758.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 4.471.957					0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				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: 3045838 MANEJO DE TECNICA PARA ACTIVIDADES TURISTICAS DE RAPPEL								
FORMACION DIAS 2,3,4,5,6,7,8 y 9 DE SEPTIEMBRE TOTAL 60 HORAS								
COMPETENCIA: CONDUCIR RECORRIDOS DE RAPPEL SEGÚN LO CONTRATADO OR EL USUARIO.								
ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE: APLICAR TECNICAS DE RAPPEL, TENIENDO EN CUENTA EL TIPO DE RECORRIDO Y LO DISPUESTO EN EL PROTOCOLO DE SEGURIDAD								
FICHA: 3070994 SENSIBILIZACION AL TURISMO DE AVENTURA								
FORMACION DIAS 24,25,26,27 y 28 DE SEPTIEMBRE TOTAL 40 HORAS								
COMPETENCIA: ATENDER USUARIOS DE ACUERDO A POLITICAS DE SERVICIO.								
ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE: RECONOCER LOS ATRACTIVOS, FACILIDADES Y PLANTA TURISTICA DE LA LOCALIDAD TENIENDO EN CUENTA LA VOCACION DEL DESTINO PARA EL TURISMO DE AVENTURA.								
TOTAL DE 100 HORAS EN EL MES DE SEPTIEMBRE								
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:						<div></div> <div>MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ EL CONTRATISTA</div>		
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								
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						<div></div> <div>OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO INSTRUCTOR G20</div>		
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;						Autorizo el presente pago.		
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;						El Supervisor,		
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.								
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)								



RAZÓN SOCIAL :	MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-11189168
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-09-27
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-09-27
FECHA DE PAGO:	2024-09-27
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-08
PERÍODO SALUD:	2024-08
NÚMERO PLANILLA:	8632642275
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	\$ 1.542.400	\$ 0	\$ 0	\$ 1.600	\$ 192.800	\$ 194.400
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.542.400	\$ 0	\$ 0	\$ 2.000	\$ 246.800	\$ 248.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.542.400	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 8.100	\$ 8.200
CCF40	890201578	COMFENALCO SANTANDER	1	\$ 1.542.400	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 9.300	\$ 9.400
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 3.800	\$ 457.000	\$ 460.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/10/2024
----------------------------------	------------



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 15 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



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

Registraduría ☐	Notaría ☒	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
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 * * X	<i>Mario Diaz</i>

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

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
<i>Mario Diaz</i> Firma	ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE SAN GIL Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -