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 GUAVIARE**

**CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **95** |
| **Código Centro** | **953310** |
| **Fecha Elaboración** | **Octubre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **53513-300347** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | SILVINA ADRIANA VASQUEZ PRADA | **Banco a consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Cédula de Ciudadanía** | 65.738.164 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | adrianavasquezprada@hotmail.com | **Número de Cuenta:** | 24025005543 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3014165410 | **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:** | 5880205/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **11624** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN, EN LA FAMILIA DE CONTABILIDAD Y FINANZAS DE ACUERDO CON PROGRAMACIÓN EJECUCIÒN DE FORMACION VIRTUAL, A REALIZAR POR EL CDATTG. RDO CPE NO. 95-9-2024-000362. |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/10/2024** | **Al** | **31/10/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 11.015.011 |
| **Número de pago** | **9** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 46.441.668 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 6.549.466 |

## 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** | **$ 2.625.490** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Octubre | Setiembre |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **9474225097** |
| **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 I | | $ 9.400 | $ 9.400 |
| 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 | | $ 446.555 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 34.082.904 | $ 875.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 6.941.888 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.625.490,00 | 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-Univesidad de la Amazonia | 22.328,00 | 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** | **$4.443.217,00** | |

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

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades realizadas en el mes de octubre de 2024 en el desarrollo del contrato CO1.PCCNTR.5880205

CONTABILIDAD: RECONOCIMIENTO DE RECURSOS FINANCIEROS:3079691-3079692-3079693-3079694.

APLICACION DE NORMAS TRIBUTARIAS EN MICRO Y PEQUEÑAS EMPRESAS: 3095156-3095157-3095158-3095159.

**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

**SILVINA ADRIANA VASQUEZ PRADA**
**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,

**EZEQUIEL TARAZONA MURILLO**
**COORDINADOR ACADÉMICO**

**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**
**GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 65738164 | | VASQUEZ PRADA SILVINA ADRIANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 5 #77A-34 | IBAGUE-TOLIMA | 3014165410 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-09 | 2024-09 | 947017032 | 9474225097 | I | 2024/10/16 | 2024/09/30 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $518,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,786,240 | $285,800 | | | $1,786,240 | $223,300 | | | $0 | $0 | | | $1,786,240 | $9,400 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,786,240 | $285,800 | | | $1,786,240 | $223,300 | | | $0 | $0 | | | $1,786,240 | $9,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,786,240 | $285,800 | | | $1,786,240 | $223,300 | | | $0 | $0 | | | $1,786,240 | $9,400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 65738164 | VASQUEZ SILVINA | 25-14 | 30 | $1,786,240 | $285,800 | EPS005 | 30 | $1,786,240 | $223,300 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,786,240 | $9,400 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,786,240 | $285,800 | | | $1,786,240 | $223,300 | | | $0 | $0 | | | $1,786,240 | $9,400 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 65738164 | | VASQUEZ PRADA SILVINA ADRIANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KR 5 #77A-34 | IBAGUE-TOLIMA | 3014165410 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-09 | 2024-09 | 947017032 | 9474225097 | I | 2024/10/16 | 2024/09/30 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $518,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $285,800 | $0 | $0 | $285,800 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $285,800 | $0 | $0 | $285,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $9,400 | $0 | $0 | $9,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $9,400 | $0 | $0 | $9,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $223,300 | $0 | $0 | $223,300 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $223,300 | $0 | $0 | $223,300 |
| TOTAL | | | | 1 | $518,500 | $0 | $0 | $518,500 |

**FORMATOCERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

San José del Guaviare, 24 de octubre 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información dedependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajolagravedad del juramento, en mi calidad decontratista deprestación de servicios personales yen cumplimiento deloprevisto 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.** | **1107975449** | **PAULASOFIA RODRIGUEZ VASQUEZ** | **HIJO** |

Todavez quecumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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 firmadeclaro: queNINGUNA PERSONA hasolicitado disminución desu base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



FIRMA
Nombre: SILVINAADRIANA VASQUEZ PRADA

C.C.65.738.164 DE IBAGUE

Certificado Número 81637

EL SUSCRITO DIRECTOR DE ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

**CERTIFICA**

QUE **PAULA SOFIA RODRIGUEZ VASQUEZ** IDENTIFICADO(A) CON CÉDULA DE CIUDADANÍA **N° 1107975449** ESTÁ MATRICULADO(A) Y CURSANDO OCTAVO (VIII) SEMESTRE DE EDUCACIÓN FORMAL EN EL PROGRAMA DE **MEDICINA**, CON UNA INTENSIDAD SEMANAL DE 41.0 PRESENCIALES Y 28.0 DE TRABAJO INDIVIDUAL INDEPENDIENTE CALCULADO, PARA UN TOTAL DE 69.0 HORAS, HORARIO DIURNO DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE 2024-07-22 Y 2024-11-29.

SE EXPIDE EN MANIZALES A LOS 09 DÍAS DEL MES DE JULIO DE 2024 CON DESTINO A DOCUMENTACION.

**NOTA:** EL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL OTORGÓ A ESTA ENTIDAD EL RECONOCIMIENTO INSTITUCIONAL COMO UNIVERSIDAD POR MEDIO DE LA RESOLUCIÓN NÚMERO 2317 DEL 7 ABRIL DE 1992 Y TIENE ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD SEGÚN RESOLUCIÓN NÚMERO 4792 DEL 15 DE MAYO DEL 2019.

JCCardona

**JUAN CARLOS CARDONA CARDONA**
Director de Admisiones, Registro y Control Académico

*Realizado por: alejandra*

ADMISIONES, REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO

**UNIVERSIDAD DE MANIZALES**
NIT. 890806001-7
Cra. 9a # 19-03
cartera@umanizales.edu.co
TEL. 6068879680
MANIZALES-Colombia

Retenedores y autorretenedores de ICA en Manizales
No Responsable de IVA. No aplicar retención en la fuente
Entidad Sin Animo de Lucro
Resolución facturación No. 18764073020627 •
Fecha: 14-06-2024 • Vigencia: 24 meses •
Númeración del No. FE01 110,001 hasta el No. FE01 150,000

**CUFE:**
1c1dc11bfd2ec05fc18f327de37d111d4f24ad8223e1e88c868ffbc1a8813484add20701d1ab53e6337d38e71135e866

| **FACTURA DE VENTA ELECTRONICA No** | **FE01110719** |
|---|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **CLIENTE:** RODRIGUEZ VASQUEZ PAULA SOFIA | **ORDEN DE COMPRA** | R-TU ELIGES 25%-GU | **FECHA DE EMISION** | 17-06-2024 16:54:42 |
| **NIT/CC:** 1107975449 Tel. 3015084554 | **MATRICULA** | 269300 S115678 | **FECHA DE VENCIMIENTO** | 27-12-2024 |
| CARRERA 5A NUMERO 77A-34 | **PLAZO** | Financiación Icetex | **FECHA DE FIRMA** | 17-06-2024 18:31:33 |
| IBAGUÉ-Colombia<br>Email: germanrp@misena.edu.co | **MEDIO DE PAGO** | Instrumento no definido | **ELABORADO POR:** | Sigum |

| Item | Descripción | Cant. | Valor Unitario | Descuentos | Subtotal |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | [E0103P0101] PREGRADO EN MEDICINA - ESTÁNDAR | 1.00 Unidades | $ 15,379,000.00 | 0.00 | $ 15,379,000.00 |

**Observaciones:**

| | |
|---|---|
| **Moneda** | COP |
| **Subtotal** | $ 15,379,000.00 |
| **Total** | $ 15,379,000.00 |

PAGA EN LÍNEA

- Pago de matrículas y financiación https://sigum.umanizales.edu.co/pagoLinea/
- Pago de facturas por servicios y convenios https://umanizales.edu.co/pagoalamedida/

**Fecha de Recibido:** _____

**Nombre:** _____ **CC** _____

**Firma y Sello**

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.107.975.449



Apellidos
RODRIGUEZ VASQUEZ

Nombres
PAULA SOFIA

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.60 | F |

Fecha de nacimiento
11 DIC 2004

G.S.
A-

Lugar de nacimiento
IBAGUE (TOLIMA)



Fecha y lugar de expedición
13 DIC 2022, MANIZALES

Firma



Fecha de expiración
13 DIC 2032

.CO

0103576111

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0103576112090001<<<<<<<<<<<
0412111F3212138COL1107975449<7
RODRIGUEZ<VASQUEZ<<PAULA<SOFIA