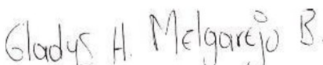


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		68
			Código Centro		954110
			Fecha Elaboración		21 Noviembre de 2024
			Versión		MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso		61468-773897
REGIONAL SANTANDER					
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos:		GLADYS HELIANA MELGAREJO BALLESTEROS		Banco a consignar: BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía		37.897.046		Tipo de cuenta: AHORROS	
Correo electrónico:		ghmelgarejo@sena.edu.co		Número de Cuenta: 32214510196	
IP/N° de contacto:		73876		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:		6427890/2024		N° Compromiso SIIF 138624	
				Número de pagos durante la vigencia del contrato 7	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: 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 PECUARIA PL 500 H VR38553			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del		01/11/2024		Al 30/11/2024	
Número de pago		6		Saldo Anterior del Contrato: \$ 2.505.945	
Valor Bruto Pago:		\$ 2.505.945,00		Valor Total del Contrato: \$ 19.276.500	
				Nuevo Saldo del Contrato: \$ 0	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 2.505.945		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		\$ 2.505.945		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.403.250		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Noviembre		Octubre	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		9476313375	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000		\$ 1.542.120	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500		\$ 192.800	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000		\$ 246.800	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL II		\$ 13.600		\$ 16.100	
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		\$ 250.595			
Salud hasta \$ 753.040		\$ -			
Renta Exenta 25% \$21.689.120		\$ 468.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 3.946.000					
Retención en la Fuente Contingente \$					
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 1.403.250,00	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 2.505.945,00	
				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 \$2.505.945,00	
SON: DOS MILLONES QUINIENTOS CINCO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
FICHA: 3094360 PROGRAMA: APLICACION DEL PLAN SANITARIO EN GRANJAS DE PRODUCCION DE POLLO DE ENGORDE FECHAS: 8 Y 9 DE NOVIEMBRE DEL 2024 HORAS: 12:00 A 17:00 PM TOTAL DE HORAS: 9 HORAS					
FICHA: 3129119 PROGRAMA: BIOSEGURIDAD Y PLAN SANITARIO EN POLLO DE ENGORDE, FECHAS: 20,21,22,23,26,27 Y 28 DE NOVIEMBRE DEL 2024 HORAS: 7:00 AM A 12:00 Y 13:00 A 16:00 PM TOTAL DE HORAS 56HORAS					
TOTAL DE HORAS 65 HORAS					
PLANILLA 9476313375					
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:					
1. Cumpli 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				<div></div>	
				GLADYS HELIANA MELGAREJO BALLESTEROS EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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 periodo 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.				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)					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37897046		MELGAREJO BALLESTEROS GLADYS HELIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 12 N. 9-51 PISO 3	SAN GIL-SANTANDER	7248265	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-10	2024-10	1066171887	9476313375	I	2024/11/14	2024/11/21	NEQUI	\$386,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$13,600	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$13,600	
Ciudad: SAN GIL Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$13,600	
1	CC 37897046	MELGAREJO GLADYS	25-14	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS002	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,300,000	\$13,600	0
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$13,600	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37897046		MELGAREJO BALLESTEROS GLADYS HELIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 12 N. 9-51 PISO 3	SAN GIL-SANTANDER	7248265	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-10	2024-10	1066171887	9476313375	I	2024/11/14	2024/11/21	NEQUI	\$386,200

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$1,100	\$0	\$209,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$208,000	\$1,100	\$0	\$209,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$13,600	\$100	\$0	\$13,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$13,600	\$100	\$0	\$13,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$900	\$0	\$163,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$162,500	\$900	\$0	\$163,400
TOTAL				1	\$384,100	\$2,100	\$0	\$386,200



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 17 de Junio 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	1238838091	VERONICA PLATA MELGAREJO	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,

Gladys H. Melgarejo B.

GLADYS HELIANA MELGAREJO BALLESTEROS
C.C. 37897046

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.238.838.091

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **152792538**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☒	Notaria ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	R 4 H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
REGISTRADURIA DE SAN GIL - COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
PLATA		MELGAREJO	
Nombre(s)			
VERONICA			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	Mes	Día	Factor RH
2018	ENE	04 FEMENINO	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
SOLICITUD ESCRITA	

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
MELGAREJO BALLESTEROS GLADYS HELIANA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 37.897.046	COLOMBIA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
PLATA PINEDA PEDRO AGUSTIN	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 13.855.674	COLOMBIA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
MELGAREJO BALLESTEROS GLADYS HELIANA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 37.897.046	Glady H. Melgarejo B.

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	Nombre y firma
2018	OSCAR MAURICIO BAPTISTA LASPRILLA
Mes	
JUL	
Día	
26	

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

