

 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)		Código Regional	95	
	REGIONAL GUAVIARE		Código Centro	953310	
	CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE		Fecha Elaboración	Noviembre de 2024	
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso	99889-093976	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: NELSON VARGAS MEJIA		Banco a consignar: BANCO POPULAR			
Cédula de Ciudadanía 86.056.882		Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico: vargasm5@hotmail.es		Número de Cuenta: 230054126446			
IP/N° de contacto: 85305		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?					
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000					
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)					
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?					
Concepto del pago corresponde a: Ninguno					
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%					
DATOS DEL CONTRATO					
N° del contrato: 5778865/2024		N° Compromiso SIIF 3924		Número de pagos durante la vigencia del contrato 12	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FPI, QUE SE EJECUTE EN MARCO PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA MEDIA ÁREA PECUARIA, QUE IMPARTE EL CDATTG EN EL DPTO GUAVIARE. RDO CPE NO. 95-9-2024-000170.			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/11/2024 Al 30/11/2024		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 7.113.334	
Número de pago 11		Valor Total del Contrato:		\$ 52.056.667	
Valor Bruto Pago: \$ 4.850.000,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 2.263.334	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 4.850.000		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 \$ 4.850.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.843.800		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.843.800,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	7944944367	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.940.000	\$ 1.940.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 242.500	\$ 242.500	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 310.400	\$ 310.400	Menos Retención en la Fuente	0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00 15%
ARL II		\$ 20.300	\$ 20.300	Reteica - 8299	0,00 0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00 0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00 0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00 0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			0,00 0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -			0,00 0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Pro-Univesidad de la Amazonia	24.250,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Dependientes hasta		\$ 485.000		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 37.181.350	\$ 948.000	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 8.726.875			0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
				VALOR A PAGAR	\$4.825.750,00
SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL SETECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
FICHA 2705377. FORMACION, ACTUALIZACION DE ESTADOS EN PLATAFORMA GENERACION DE ACTAS Y DE CERTIFICADOS Y ADMINISTRACION DE LA FORMACION ACOMPAÑAMIENTO A CEREMONIA DE GRADO Y ENTREGA DE CERTIFICADOS					
FICHA 2916973. FORMACION EN TEMAS RELACIONADOS CON BIOTECNOLOGIAS REPRODUCTIVAS Y ADMINISTRACION DE LA FORMACION					
FICHA 2703500. FORMACION, ACTUALIZACION DE ESTADOS EN PLATAFORMA GENERACION DE ACTAS Y DE CERTIFICADOS Y ADMINISTRACION DE LA FORMACION. ACOMPAÑAMIENTO A CEREMONIA DE GRADO Y ENTREGA DE CERTIFICADOS					
REUNIONES DE EQUIPO DE ARTICULACION					
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					
			NELSON VARGAS MEJIA 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.			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 EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 86056882
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	NELSON VARGAS MEJIA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN JOSE DEL GUAVIARE	DEPARTAMENTO: GUAVIARE
DIRECCIÓN:	CALLE 7 N 18-91	TELÉFONO: 5849067
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7944944367	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1068407878

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
900336004		25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 310.400
SUBTOTAL:					1	\$ 310.400
SALUD						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
900156264		EPS037	EPS037-NUEVA EPS		1	\$ 242.500
SUBTOTAL:					1	\$ 242.500
RIESGOS PROFESIONALES						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
860011153		14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 20.300
SUBTOTAL:					1	\$ 20.300

VALOR SIN MORA:	\$ 573.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 573.200



Imagen no disponible

Certificamos que NELSON con documento CEDULA DE CIUDADANIA 86056882, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) NELSON VARGAS MEJIA con documento CC 86056882, como se detalla a continuación:

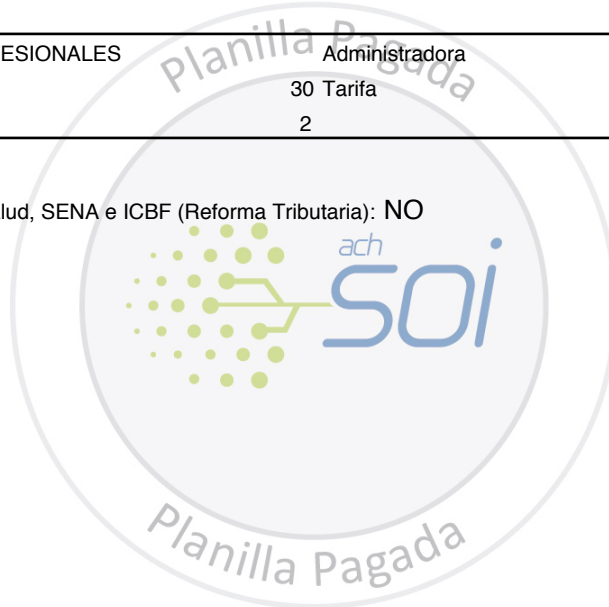
DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	7944944367	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	NOVIEMBRE/2024	Periodo Cotización Salud	NOVIEMBRE/2024
Fecha Pago	2024/11/22	Número de Autorización	1068407878

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL			
PENSIÓN		Administradora	25-14 COLPENSIONES
Días	30	Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal		

SALUD		Administradora	EPS037 - NUEVA E.P.S
Días	30	Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES		Administradora	14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE
Días	30	Tarifa	1,044 %
Clase de Riesgo	2		

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO





FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Jose del Guaviare, 26 de Noviembre de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
San Jose del Guaviare

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:

T.I.	1.120.578.385	NELSON VARGAS TORRES	HIJO
-------------	----------------------	-----------------------------	-------------

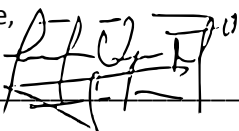
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

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,



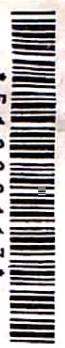
FIRMA

Nombre: NELSON VARGAS MEJIA C.C. 86056882



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

51938117



NUIP 1.120.578.385

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

51938117

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código ☒ 2 ☒ R

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE - COLOMBIA - GUAVIARE - SAN J

Datos del inscrito

Primer Apellido VARGAS Segundo Apellido TORRES

Nombre(s) NELSON

Fecha de nacimiento Año 2 0 1 3 Mes S E P Día 0 3 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 11880511-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos TORRES SANTA YULIETH JOHANNA

Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.121.833.869 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos VARGAS MEJIA NELSON

Documento de Identificación (Clase y número) CC 86.056.882 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos VARGAS MEJIA NELSON

Documento de Identificación (Clase y número) CC 86.056.882 Firma

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

Año 2 0 1 3 Mes O C T Día 0 2

Nombre y firma del funcionario

JOSE ANTONIO AYALA SANCHEZ REGI
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

02.OCT.2013 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 38 FOLIO Nº 0035

