SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS

Código Regional	**68**
Código Centro	**930910**
Fecha Elaboración	**21 de Marzo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**28826-598940**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JENNY ROCIO MORENO GARCIA	**C.C.**	1.098.616.058	**IP/Nº de contacto**	73113
Correo electrónico contratista:	jrmorenog@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: AV VILLAS **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 314712253

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4636151/2023 **Nº Compromiso SIIF** **13423**

Valor Total del Contrato	$ 30.105.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 29.101.500	**2**	**Del**	**01/03/2023**	**Al**	**31/03/2023**	**$ 3.345.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 25.756.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET. PL 243 DIAS, 900 HORAS VR HORA $33.450

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.345.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 1.003.500			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.348.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.301.188**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	**Febrero**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4490525204**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.301.188,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.338.000	$ 1.160.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.963.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 167.300	$ 145.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 214.100	$ 185.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL III	$ 32.600	$ 28.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833	$ -		Reteica - 8523	24.084,00	0,720%
$ 1.087.125			-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 242.200		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 189.200		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 37.000		Sobretasa Bomberil	2.408,00	10,000%
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 434.850				
Salud hasta $ 678.592	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 767.063		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -				
			VALOR A PAGAR	**$3.318.508,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS DIECIOCHO MIL QUINIENTOS OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

realice 100 horas en apoyo curricular, simulacion ficha 2670767

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 diligenciados.

JENNY ROCIO MORENO GARCIA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

DORIS JUDITH VARGAS VILLAMIL
INSTRUCTOR G20

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

JOSE MANUEL ARIZA ARIZA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098616058
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JENNY ROCIO MORENO GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRR 41A 88 25	TELÉFONO:	6489782
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4490525204**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		3			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/17		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993668471

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 241.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 0	$ 241.300	$ 900	$ 242.200
SUBTOTALES:										**$ 241.300**	**$ 900**	**$ 242.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 188.500	$ 0	$ 700	$ 0	$ 188.500	$ 700	$ 0	$ 189.200
SUBTOTALES:													**$ 188.500**	**$ 700**	**$ 0**	**$ 189.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 36.800	$ 36.800	$ 200	$ 0	$ 37.000
SUBTOTALES:									**$ 36.800**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 37.000**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF39	CCF39-CAJASAN	1	$ 30.200	$ 200	$ 30.400
SUBTOTALES:			**$ 30.200**	**$ 200**	**$ 30.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1098616058	MORENO GARCIA JENNY ROCIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO								01-30										230301-PORVENIR	30	$ 1.508.000	$ 241.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 241.300	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.508.000	$ 188.500	$ 0	$ 188.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.508.000	109861605	$ 36.800	30	$ 1.508.000	CCF39-CAJASAN	$ 30.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 498.800**

Planilla Pagada

CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 3-2023-0000014

Certifico que **Jenny Roció Moreno García** contratista que se identifica con cédula de ciudadanía **1098616058,** cumplió con los documentos médicos y de ayudas diagnosticas exigidos para la contratación

Documentos solicitados en la circular 3-2023-0000014: "Exámenes Preocupacionales para Contratos de prestación de servicios personales emitido por la Secretaría General". Esta certificación debe ser entregado dentro de los documentos de la cuenta, en cumplimiento de lo solicitada por la Circular 3-2023-0000014.

Se firma en Bucaramanga el 24 de marzo del 2023

Cordial saludo,



CESAR AUGUSTO SANCHEZ QUINTERO
Médico SST Regional Santander
Especialista en Salud Ocupacional

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bucaramanga, marzo 31 de 2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

RC	**1097792400**	**JUAN DIEGO SANCHEZ MORENO**	**HIJO**
RC	**1097795419**	**JUAN MANUEL SANCHEZ MORENO**	**HIJO**

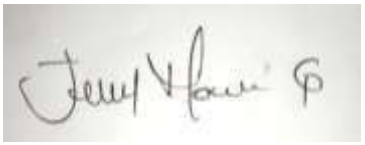
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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.

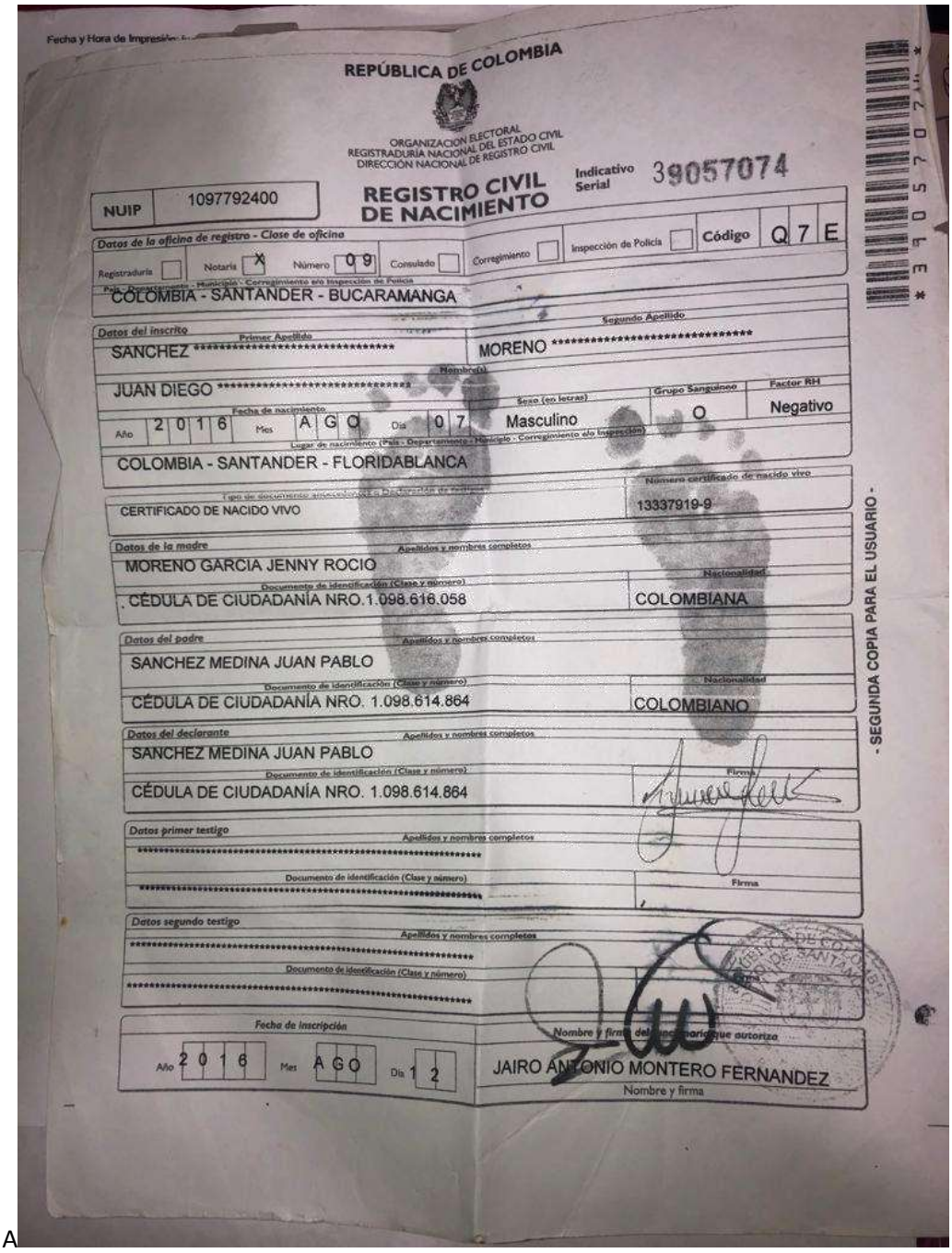
Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



_____
FIRMA

Nombre:**JENNY ROCIO MORENO GARCIA**
C.C. 1.098.616.058



Fecha y Hora de Impresión: [illegible]

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39057074

NUIP 1097792400

39057074

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 09 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q7E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: SANCHEZ **********

Segundo Apellido: MORENO **********

Nombre(s): JUAN DIEGO **********

Fecha de nacimiento: Año 2016 Mes AGO Día 07

Sexo (en letras): Masculino

Grupo Sanguíneo: O

Factor RH: Negativo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o Identificación de nacimiento: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 13337919-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MORENO GARCIA JENNY ROCIO

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.1.098.616.058

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ MEDINA JUAN PABLO

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.614.864

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ MEDINA JUAN PABLO

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.614.864

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 2016 Mes AGO Día 12

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JAIRO ANTONIO MONTERO FERNANDEZ

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

A

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1097795419

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58465541

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 9 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código Q 7 E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ **********	MORENO **********

Nombre(s)
JUAN MANUEL **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ABR Día 19	Masculino	O	Positivo

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	164489989

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos
MORENO GARCIA JENNY ROCIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.1.098.616.058	COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos
SANCHEZ MEDINA JUAN PABLO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.614.864	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
SANCHEZ MEDINA JUAN PABLO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.098.614.864	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos
****

Documento de identificación (Clase y número)
****

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
****

Documento de identificación (Clase y número)
****

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes MAY Día 15	SANDY JOHANNA BAYONA GOMEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO