SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**19 de Mayo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**40699-699487**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JENNY SUSANA CAMACHO SILVA	**C.C.**	1.101.752.077	**IP/Nº de contacto**	3178548609
Correo electrónico contratista:	jscamacho@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: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 32908502522

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: 4635491/2023 **Nº Compromiso SIIF** **7923**

Valor Total del Contrato	$ 38.000.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.753.333	**4**	**Del**	**01/05/2023**	**Al**	**31/05/2023**	**$ 3.800.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 24.953.333		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR, EJECUTAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN PROGRAMAS DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA EN EL ÁREA AMBIENTAL, DE ACUERDO CO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.800.000		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	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.800.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.228.175**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9450346544**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.520.000	$ 1.520.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 190.000	$ 190.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 243.200	$ 243.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.900	$ 15.900
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 950.000	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 380.000	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 742.725	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.228.175,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.366.800,00	
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 - 8543	7.600,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.792.400,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se impartió formación en las fichas:
1.Ficha 2504089 CUV,RA:TOMAR MUESTRAS DE AGUA Y SUELO DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD ,LOS DIAS 15,16,17,18,19 29 Y 31 DE MAYO, 35 H
2.Ficha 2502139 I.E La Loma, RA:TOMAR MUESTRAS DE AGUA Y SUELO DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD.LOS DIAS 9,11,24,26 DE MAYO, 32 H
3.Ficha 2714133 I.E La Loma, RA:DIAGNOSTICAR LA SITUACIÓN DE LOS RESIDUOS GENERADOS DE ACUERD..LOS DIAS 8,10,12, 23 y 25 DE MAYO, 40H
4.Ficha 2714075 I.E La Loma, RA:DIAGNOSTICAR LA SITUACIÓN DE LOS RESIDUOS GENERADOS DE ACUERD..LOS DIAS 2,3,4,5 y 30 DE MAYO, 25H
TOTAL HORAS ACADEMICAS: 132 HORAS
TOTAL HORAS ADMINISTRATIVAS 10 HORAS , ALISTAMIENTO PARA EL PROCESO DE FORMACIÓN
TOTAL HORAS 142

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 SUSANA CAMACHO SILVA
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,

CESAR FERNANDO PALENCIA LOPEZ
INSTRUCTOR G12

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

JAVIER GONZALEZ FRANCO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1101752077		CAMACHO SILVA JENNY SUSANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 204b # 40-41	BUCARAMANGA-SANTANDER	6342343	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2089949897	9450346544	I	2023/05/18	2023/05/19	BANCOLOMBIA	1	$449,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$0	$0			$1,520,000		$15,900		$0	$0		$449,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$0	$0			$1,520,000		$15,900		$0	$0		$449,100
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																						$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$0	$0			$1,520,000		$15,900		$0	$0		$449,100
1	CC	1101752077	CAMACHO JENNY																	25-14	30	$1,520,000	$243,200	EPS005	30	$1,520,000	$190,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,520,000	1.044%	$15,900	0	$0	$0	No	$449,100
Total		**Afiliados(1)**																				$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$0	$0			$1,520,000		$15,900		$0	$0		$449,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1101752077		CAMACHO SILVA JENNY SUSANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 204b # 40-41	BUCARAMANGA-SANTANDER	6342343	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2089949897	9450346544	I	2023/05/18	2023/05/19	BANCOLOMBIA	1	$449,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$243,200	$300	$0	$243,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$243,200	$300	$0	$243,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,900	$100	$0	$16,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,900	$100	$0	$16,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$190,000	$300	$0	$190,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$190,000	$300	$0	$190,300
TOTAL				**1**	**$449,100**	**$700**	**$0**	**$449,800**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Vélez, 31 de mayo 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 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:

NUIP - NIP	**1146336595**	**MARIANA CAMACHO CAMACHO**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1239089426**	**JUAN GONZALO CAMACHO CAMACHO**	**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 Susana Camacho Silva**
C.C. 1101752077 de Vélez

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1146336595

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52629004

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ X Número 11 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** D V E

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CAMACHO	CAMACHO

Nombre(s): MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes FEB Día 09	FEMENINO	"O"	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	12896773-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CAMACHO SILVA JENNY SUSANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1101752077 VELEZ	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CAMACHO CHACON GONZALO ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 13958874 VELEZ	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CAMACHO CHACON GONZALO ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 13958874 VELEZ	

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 2015 Mes FEB Día 19	LUZ YANETH ROJAS PORTILLA Nombre y firma

COMPARECIENTE
DECLARANTE

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

REGISTRADURIA

Adhesivo Copia Registro Civil
27265829-0

60590832

NUIP 1239089426

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60590832

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						B 7 U

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA B/MANGA CL MATERNO INFANTIL SAN LUIS S A

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CAMACHO	CAMACHO

Nombre(s)

JUAN GONZALO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUL Día 26	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	16178070-1

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

CAMACHO SILVA JENNY SUSANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1101752077	COLOMBIA

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

CAMACHO CHACON GONZALO ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 13958874	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAMACHO CHACON GONZALO ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 13958874	

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 2020 Mes JUL Día 27	RAQUEL ESMERALDA LINARES PARIS Nombre y firma

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