SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**31 de Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**33450-319911**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JORGE ANDRES BAYONA MARTINEZ	**C.C.**	1.095.700.230	**IP/Nº de contacto**	3184414087
Correo electrónico contratista:	jabayona03@misena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 32267032741

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: 4524667/2023 **Nº Compromiso SIIF** **7623**

Valor Total del Contrato	$ 42.880.154	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.532.565	**6**	**Del**	**01/07/2023**	**Al**	**31/07/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.435.735		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales como instructor para orientar la formación profesional en la modalidad virtual en la red de conocimiento institucional de pedagogía en el área temática cultura física.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.096.830		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	**$ 4.096.830**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.402.135**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8625708845**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.732	$ 1.638.732
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.900	$ 204.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.200	$ 262.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 17.200	$ 17.200
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.024.207	$ -	
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	$ 409.683	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 800.712	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.402.135,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.096.830,00	
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	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	0,00	10,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.096.830,00**	

SON: CUATRO MILLONES NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Desarrollar las actividades contractuales de acuerdo con la programación establecida en los procesos formativos del centro.

Ficha:2721715 Programa:Desarrollo publicitario Horas Impartidas:10
Ficha:2721716 Programa:Desarrollo publicitario Horas Impartidas:18
Ficha:2721550 Programa:ADSO Horas Impartidas:24 Ficha:2721551 Programa:ADSO Horas Impartidas:24
Ficha:2758370 Programa:ADSO Horas Impartidas:24 Ficha:2758406 Programa:asesoria comercial Horas Impartidas:32
Programa:asesoria comercial Horas Impartidas:20
Todas las actividades están registradas en el aplicativo SOFIA PLUS correspondientes al mes objeto de cobro
Realizar los aportes de seguridad social respecto al periodo JUNIO 2023 ASOPAGOS numero de planilla 8625708845 valor $ 484.400

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.

JORGE ANDRES BAYONA MARTINEZ
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,

LUIS ENRIQUE RIOS ARDILA
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

TULIO ALEXANDER BAUTISTA RODRIGUEZ

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

RAZON SOCIAL :	JORGE ANDRES BAYONA MARTINEZ
IDENTIFICACION:	CC-1095700230
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-07-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-07-11
FECHA DE PAGO:	2023-07-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AGRARIO
PERIODO PENSION:	2023-06
PERIODO SALUD:	2023-06
NUMERO PLANILLA:	8625708845
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8661113044
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	1	$ 1.639.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 204.900	$ 204.900
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.639.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 262.300	$ 262.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.639.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 17.200	$ 17.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 484.400	$ 484.400

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/08/2023

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 31 de julio 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:

T.I.	**1.102.490.400**	**LIA ANTONELLA BAYONA SANCHEZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

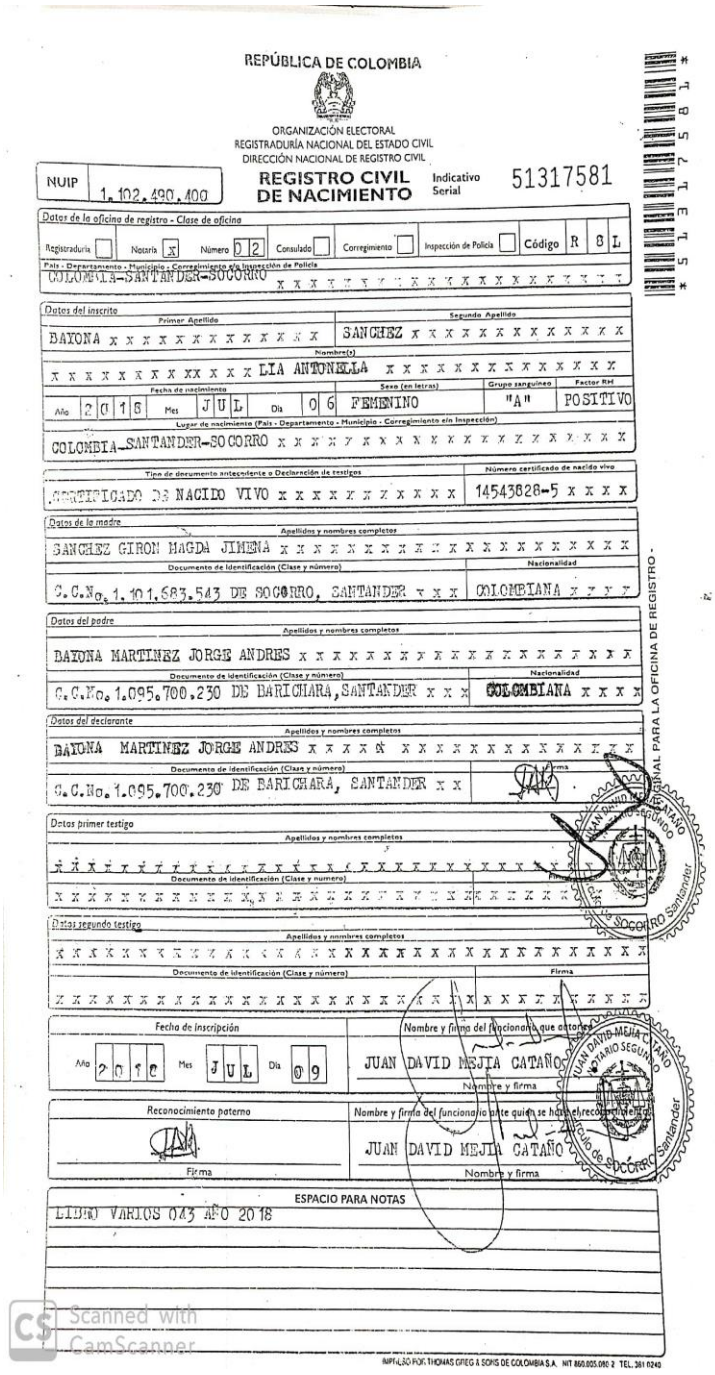
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: JORGE ANDRES BAYONA MARTINEZ
C.C. 1095700230 DE BARICHARA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.102.490.400

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51317581

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [x] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código RBL

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA-SANTANDER-SOCORRO

Datos del inscrito

Primer Apellido: BAYONA | Segundo Apellido: SANCHEZ

Nombre(s): LIA ANTONELLA

Fecha de nacimiento: Año 2016 Mes JUL Día 06 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: "A" | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA-SANTANDER-SOCORRO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 14543828-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ GIRON MAGDA JIMENA

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No. 1.101.683.543 DE SOCORRO, SANTANDER | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BAYONA MARTINEZ JORGE ANDRES

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No. 1.095.700.230 DE BARICHARA, SANTANDER | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BAYONA MARTINEZ JORGE ANDRES

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No. 1.095.700.230 DE BARICHARA, SANTANDER | 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 JUL Día 09

Nombre y firma del funcionario que autoriza: JUAN DAVID MEJIA CATAÑO
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento paterno: JUAN DAVID MEJIA CATAÑO
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO VARIOS 043 AÑO 2018

ESTE ESPACIO ES EXCLUSIVO PARA LA OFICINA DE REGISTRO

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.090-2 TEL. 381 0240

Scanned with CamScanner