SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CESAR
CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR

Código Regional	**20**
Código Centro	**952010**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**90053-864525**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIA BERNARDA AMAYA PAEZ	**C.C.**	49.667.778	**IP/Nº de contacto**	1
Correo electrónico contratista:	mbamaya@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: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 29758980250

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: 5109911/2023 **Nº Compromiso SIIF** **134523**

Valor Total del Contrato	$ 23.423.880	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.173.700	**3**	**Del**	**01/08/2023**	**Al**	**31/08/2023**	**$ 4.038.600,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 14.135.100		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: COMO INSTRUCTOR EN EL ÁREA SERVICIOS A LA SALUD AL CLIENTE PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN REGULAR TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DEL CENTRO AGROEMPRESARIAL CPE NO. 20-9-2023-

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.038.600		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	3,84%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 193.724
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 5.244.122			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 9.282.722**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.048.738**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 193.724**

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

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8626264932**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.615.440	$ 1.615.440
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 202.000	$ 202.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 258.500	$ 258.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 39.400	$ 39.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 2.320.680	$ 185.600	
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	$ 444.800	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 347.500	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 14.700	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 928.272	
Salud hasta $ 678.592	$ 145.000	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.682.913	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.048.738,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	193.724,00	3,84%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Universidad	20.193,00	0,500%
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	**$3.824.683,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ATENDER AL USUARIO PERSONA EN CASO DE ACCIDENTE Y ENFERMEDAD SÚBITA DE ACUERDO CON PROTOCOLOS DE PRIMER RESPONDIENTE
VALORAR LA ESCENA DEL EVENTO DE ACUERDO CON EL TIPO DE SITUACIÓN PRESENTADA, APLICANDO ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES VIGENTES
ATENDER A LA VÍCTIMA SEGÚN EL TIPO DE LESIONES, APLICANDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.
EVALUAR LAS ACCIONES DESARROLLADAS EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA Y DESASTRE DE ACUERDO CON EL TIPO DE EVENTO Y PLAN DE MEJORAMIENTO
RECONOCER LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS
REALIZAR VALORACIÓN FÍSICA DE LA VÍCTIMA TENIENDO EN CUENTA PROTOCOLOS, NORMAS DE BIOSEGURIDAD
RECONOCER LAS IPS DE LA RED PÚBLICA DE URGENCIAS DE ACUERDO CON EL TIPO DE EVENTO, PLAN NACIONAL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES.
SE REALIZARON PRUEBAS DE CONOCIMIENTOS PREVIOS A TRAVÉS DE UNA MESA REDONDA DE LA GUÍA DE APRENDIZAJE

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.

MARIA BERNARDA AMAYA PAEZ
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,

ROBINSON LOBO HERNANDEZ
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

YALEINIS MONTERO TRIANA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

RAZON SOCIAL :	MARIA BERNARDA AMAYA PAEZ
IDENTIFICACION:	CC-49667778
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	01
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	INDEPENDIENTE
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-08-20
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-08-18
FECHA DE PAGO:	2023-08-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2023-07
PERIODO SALUD:	2023-07
NUMERO PLANILLA:	8626264932
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8626264932
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.615.440	$ 0	$ 0	$ 0	$ 202.000	$ 202.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.615.440	$ 0	$ 0	$ 0	$ 258.500	$ 258.500
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.615.440	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.500	$ 8.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000	$ 469.000

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/09/2023

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 23 de agosto 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:

TI	**1092539372**	**EMMANUEL DAVID GONZALEZ AMAYA**	**HIJO**
TI	**1065881054**	**THOMAS FELIPE GONZALEZ AMAYA**	**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: María Bernarda Amaya Páez
C.C. 49667778 de Aguachica Cesar

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2357534

NUIP 1065881054

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

GONZALEZ AMAYA THOMAS FELIPE**********

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2008	Mes ENE	Día 04	MASCULINO**********	O +******

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

COLOMBIA CESAR AGUACHICA**********

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2008	Mes FEB	Día 01	0037920053**********

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

AMAYA PAEZ MARIA BERNARDA**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 49667778**********	COLOMBIA**********

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

GONZALEZ MURIEL CRISTIAN ANDREY**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 13861717**********	COLOMBIA**********

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

GONZALEZ MURIEL CRISTIAN ANDREY**********

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 13861717**********

Espacio para notas

****

****

****

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA CESAR AGUACHICA**********	H B H

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)			Nombre y firma del funcionario
Año 2008	Mes FEB	Día 01	KARINA LOREY GONZALEZ LOZANO Registrador del Estado Civil

KARINA LOREY GONZÁLEZ LOZANO
REGISTRADORA MUNICIPAL
DEL ESTADO CIVIL
C.C. 37.331.839 Ocaña N.S.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1092539372

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50545672

50545672

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [3] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 9 1 00

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA-NORTE DE SANTANDER-CUCUTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ	AMAYA

Nombre(s)
EMMANUEL DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes JUL Día 05	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)
COLOMBIA-NORTE DE SANTANDER-CUCUTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10577612-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
AMAYA PAEZ MARIA BERNARDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 49667778 DE AGUACHICA CESAR	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
GONZALEZ MURIEL CRISTIAN ANDREY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 13861717 DE BUCARAMANGA SANTANDER	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
GONZALEZ MURIEL CRISTIAN ANDREY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 13861717 DE BUCARAMANGA SANTANDER	

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 autorizante
Año 2011 Mes JUL Día 08	MIGUEL [illegible] URCIA RODRIGUEZ Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA CIRCULO DE CUCUTA
LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA NUESTRA PRESENTESCO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ART. 115 DEL DECRETO 1260 DE 1.970 ART. 1 DECRETO 2158 DE 1.972 (ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE)
LEY 962 DE 2005
DADO EN SAN JOSE DE CUCUTA, A LOS 12 MAY 2023

ESTE REGISTRO CIVIL NO TIENE TERMINO DE VIGENCIA
Art. 2 Decreto 2189 de 1993

CAMPO ELIAS QUINTERO ALVAREZ
NOTARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
CAMPO ELIAS QUINTERO ALVAREZ
NOTARIO
NOTARIA TERCERA DE CUCUTA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -