

 <p>SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	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 Agosto de 2023 Versión ENERO 2023 - 1,23 ID de Proceso 93021-037289
	DATOS DEL CONTRATISTA		
	Nombres y apellidos contratista: JORGE ANDRES BAYONA MARTINEZ Correo electrónico contratista: jabayona03@misena.edu.co C.C. 1.095.700.230 IP/N° de contacto 3184414087 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 N° 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		
N° del contrato: 4524667/2023		N° Compromiso SIIF 7623	
Valor Total del Contrato \$ 42.880.154 Saldo Anterior del Contrato \$ 18.435.735 Nuevo Saldo del Contrato \$ 14.338.905	N ° Pago 7 Periodo objeto de pago Del 01/08/2023 Al 31/08/2023 Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	Valor Bruto Pago \$ 4.096.830,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo \$ 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			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS Agosto Julio ----- 8626118827		Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.402.135,00 Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.096.830,00 VALOR A PAGAR \$4.096.830,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.638.732 \$ 1.638.732		Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 204.900 \$ 204.900		IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 262.200 \$ 262.200		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 \$ 17.200 \$ 17.200		Reteica - 8299 0,00 0,600%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833 \$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
\$ 1.024.207 \$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466 \$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466 \$ -		Sobretasa Bomberil 0,00 10,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200 \$ -		Descuentos de Libranza 0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ - \$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ - \$ -		VALOR A PAGAR \$4.096.830,00	
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 \$ - \$ -			
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:28 Ficha:2721716 Programa:Desarrollo publicitario Horas Impartidas:28 Ficha:2627098 Programa:ADSO Horas Impartidas:36 Ficha:2627099 Programa:ADSO Horas Impartidas:36 Ficha:2626881 Programa:Apoyo administrativo en salud Horas Impartidas:20 Ficha:2626882 Programa:Apoyo administrativo en salud 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 JULIO 2023 ASOPAGOS numero de planilla 8626118827 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 JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON 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:	2023-08-10
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-08-09
FECHA DE PAGO:	2023-08-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2023-07
PERIODO SALUD:	2023-07
NUMERO PLANILLA:	8626118827
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:	08/09/2023
----------------------------------	------------



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 31 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:

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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 51317581
Serial

NUIP 1.102.490.400

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 022 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R O L

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA-SANTANDER-SOCCORRO

Datos del inscrito

Primer Apellido SANCHEZ Segundo Apellido

Nombre(s) LIA ANTONELLA

Fecha de nacimiento Año 2018 Mes JUL Día 06 Sexo (en letras) FEMININO Grupo sanguíneo "A" Factor Rh POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente a Declaración de nacidos

DECLARADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 14543628-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SANCHEZ GIRON MAGDA JIMENA

Documento de identificación (Clase y número) C.C.No. 1.401.583.543 DE SOCCORRO, 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

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 Año 2018 Mes JUL Día 09

Nombre y firma del funcionario que autoriza JUAN DAVID MEJIA CATANO

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento JUAN DAVID MEJIA CATANO

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO VARIOS 043 AÑO 2018

Scanned with CamScanner

IMPULSOR POR THOMAS GREG A SOYS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.025.080-2 TEL. 361 0240