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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**30 Setiembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**10102-070024**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JEIMY REYES RUIZ	**C.C.**	1.129.514.917	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	jeimy.reyes@hotmail.com				

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 ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 29000016754

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: 4943754/2023 **Nº Compromiso SIIF** **87923**

Valor Total del Contrato	$ 18.690.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.665.400	**5**	**Del**	**01/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 2.723.400,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.942.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor, para orientar la formacion profesional programada por el centro de formacion en la red de conocimiento servicios personales en el area tematica belleza y cosmetica

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.723.400		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	**$ 2.723.400**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.581.195**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**27337357**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 145.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 185.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.200	$ 12.200
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 680.850	$ -	
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	$ 272.340	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 527.065	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.581.195,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.723.400,00	
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 - 8551	13.617,00	0,500%
-	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	**$2.709.783,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS NUEVE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA:2711901 ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE:Aplicar estilos de corte y moldeo en el cabello del usuario aplicando los protocolos establecidos para la técnica y tendencias de moda. FECHAS: Septiembre 1,4,6,7,8,11,13,14,15,18. HORAS 60 horas. ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE: Documentar valoración de las condiciones faciales del usuario teniendo en cuenta diseño de formato, alteraciones y tratamientos establecidos según protocolos. FECHAS: Septiembre 20. HORAS: 6 horas. ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE:Aplicar técnicas de rasurado en diseños de barba, cejas, contornos y patillas, teniendo en cuenta protocolos, tendencias y deseos del usuario. FECHAS: Septiembre 21,22,25,27. HORAS: 24 horas. ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE:Elaborar matriz sobre las consecuencias de los procesos de cambio estructural, teniendo en cuenta los principios activos de los productos para alisado y ondulado. FECHAS: Septiembre 28. HORAS: 6 horas. ACTIVIDAD DE APRENDIZAJE:Cambiar la estructura del cabello teniendo en cuenta técnicas permanente y progresivas, valoración capilar, deseos del usuario y requerimientos del fabricante. FECHAS: Septiembre 29. HORAS: 6 horas. TOTAL HORAS MES SEPTIEMBRE: 102 horas. NUMERO PLANILLA: 27337357

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.

JEIMY REYES RUIZ
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,

JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ
INSTRUCTOR

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	JEIMY REYES RUIZ
IDENTIFICACION:	CC-1129514917
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-09-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-09-06
FECHA DE PAGO:	2023-09-22
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERIODO PENSION:	2023-08
PERIODO SALUD:	2023-08
NUMERO PLANILLA:	27337357
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	27337357
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 2.600	$ 145.000	$ 147.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 3.300	$ 185.600	$ 188.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 300	$ 12.200	$ 12.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 6.200	$ 342.800	$ 349.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/10/2023

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 de septiembre / 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:

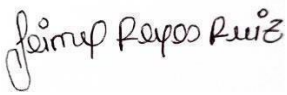
NUIP - NIP	**1102489250**	**PAULA XIMENA CASTRO REYES**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1102489709**	**JUAN SEBASTIÁN CASTRO REYES**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

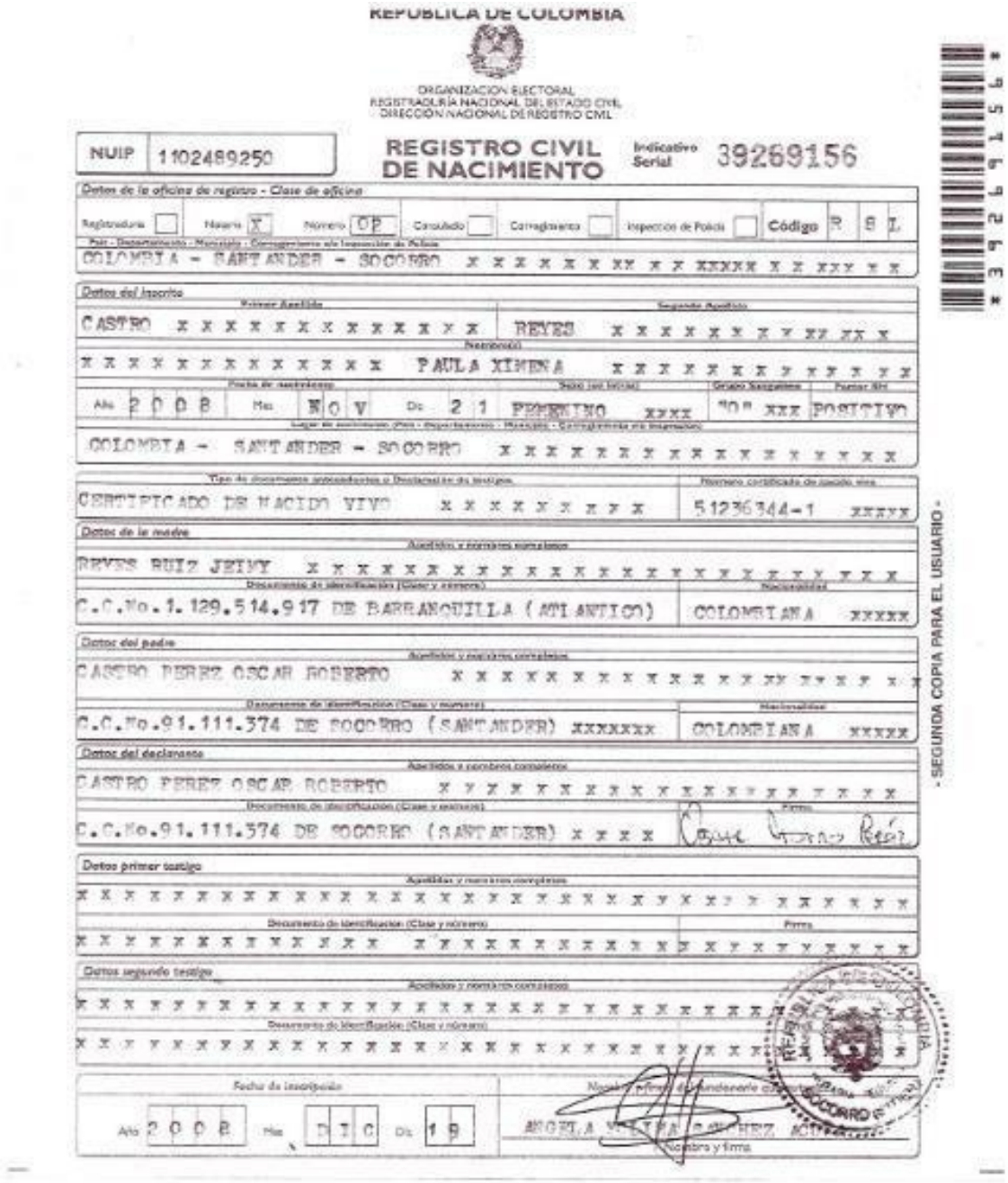
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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
Jeimy Reyes Ruiz
C.C. 1.129.514.917 De Barranquilla



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1102489250

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39269156

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 8 1

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

COLOMBIA - SANTANDER - SOCORRO

Datos del inscrito

Primer Apellido: CASTRO | Segundo Apellido: REYES

Nombre(s): PAULA XIMENA

Fecha de nacimiento: Año 2008 Mes NOV Día 21 | Hora (en letras): PEDRINO | Grupo Sanguíneo: "O" | 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: 51236344-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: REYES RUIZ JENY

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No.1.129.514.917 DE BARRANQUILLA (ATLANTICO) | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CASTRO PEREZ OSCAR ROBERTO

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No.91.111.374 DE SOCORRO (SANTANDER) | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CASTRO PEREZ OSCAR ROBERTO

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No.91.111.374 DE SOCORRO (SANTANDER) | Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

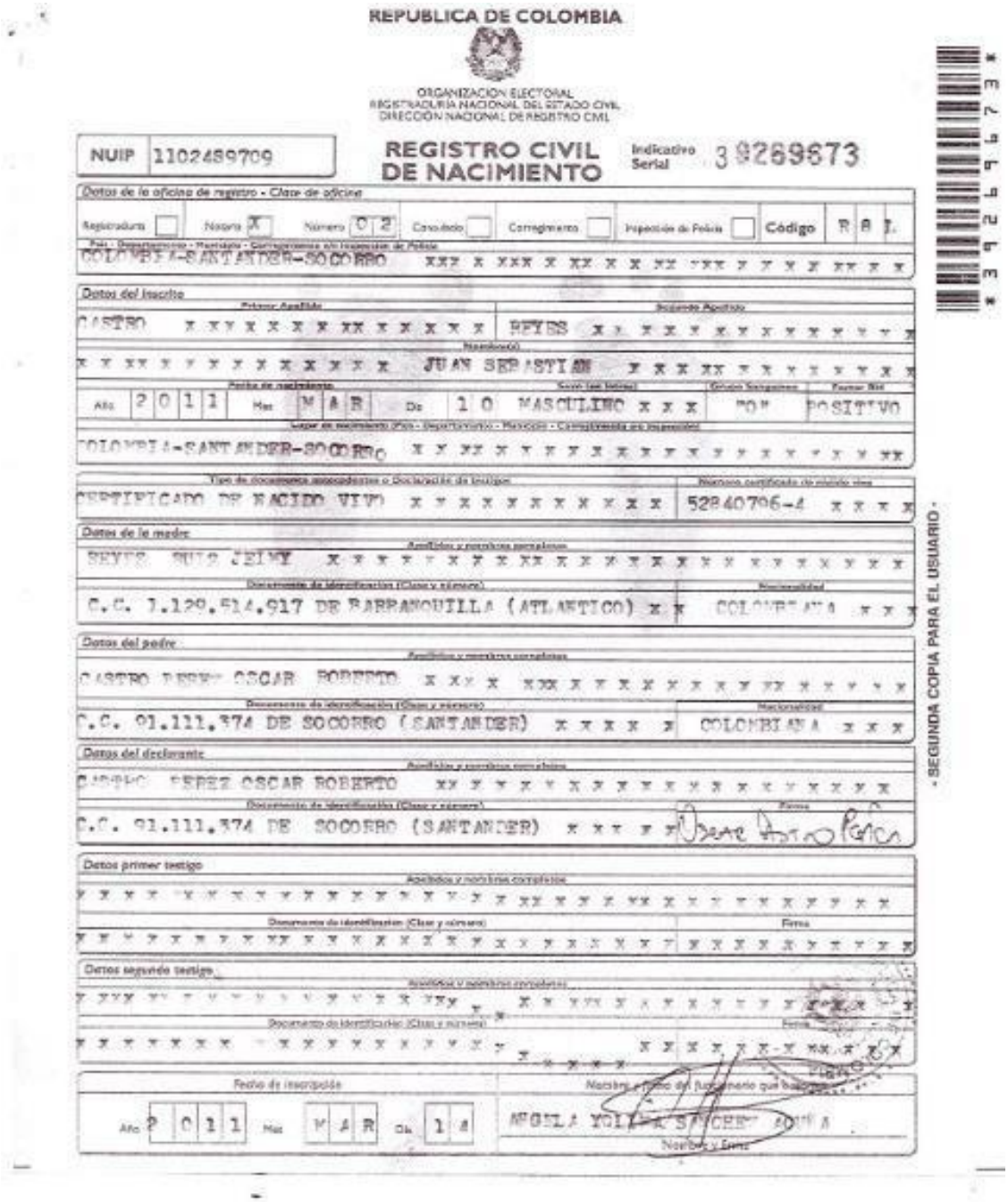
Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción: Año 2008 Mes OCT Día 19 | Nombre y firma del funcionario ANGELA MARIA PEREZ ACEVEDO

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1102489709

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39269673

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código RAL

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA-SANTANDER-SOCORRO

Datos del inscrito

Primer Apellido: CASTRO | Segundo Apellido: REYES

Nombre(s): JUAN SEBASTIAN

Fecha de nacimiento: Año 2011 Mes MAR Día 10 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo Sanguíneo: "O" | 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: 52940796-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: REYES RUIZ JEIMY

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 1.129.514.917 DE BARRANQUILLA (ATLANTICO) | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CASTRO PEREZ OSCAR ROBERTO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 91.111.374 DE SOCORRO (SANTANDER) | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CASTRO PEREZ OSCAR ROBERTO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 91.111.374 DE SOCORRO (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 2011 Mes MAR Día 14

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ANGELA YOLIMA SANCHEZ AGUILA

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -