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	**76188-092131**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ANGELICA ISABEL OCHOA HERRERA
Correo electrónico contratista: aiochoa@sena.edu.co
C.C. 63.532.313 **IP/Nº de contacto** 3015231214

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

Banco al cual consignar: BANCO BBVA **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** 0839208345

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: 5220535/2023 **Nº Compromiso SIIF** **148323**

Valor Total del Contrato	$ 20.484.150	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 14.475.466	**3**	**Del**	**01/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.378.636		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 informatica diseño y desarrollo de software en el area tematica infraestructura

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

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**27465732**
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

2818128 - SISTEMAS: Atender requerimientos de los clientes de acuerdo con procedimiento técnico y normativa de procesos de negocios
ORGANIZAR LAS SOLICITUDES DE SERVICIO SEGÚN PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS ESTABLECIDOS. IMPLEMENTAR LA RED FÍSICA DE DATOS SEGÚN DISEÑO
2711834 - NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES: Utilizar herramientas informáticas de acuerdo con las necesidades de manejo de información
2775327 - ASISTENCIA EN ORGANIZACION DE ARCHIVOS : Alimentar base de datos de acuerdo con procedimientos técnicos
VERIFICAR LA INFORMACIÓN DE LA BASE DE DATOS DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y LOS REQUERIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓ
PROPONER ACCIONES DE MEJORA DE LA BASE DE DATOS DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS Y LOS REQUERIMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN
2504423 - IMPLEMENTACION DE INFRAESTRUCTURA DE TECNOLOGIAS TIC: Controlar el centro de datos de acuerdo con procedimiento técnico
AJUSTAR LOS PARÁMETROS Y ESTÁNDARES DE LOS DISPOSITIVOS DE LA INFRAESTRUCTURA T.I SEGÚN TÉRMINOS DE REFERENCIA Y REQUERIMIENTOS DEL CL
IMPLEMENTAR EL CENTRO DE DATOS ACORDE CON LA INFRAESTRUCTURA REQUERIDA

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.

ANGELICA ISABEL OCHOA HERRERA
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 :	ANGELICA ISABEL OCHOA HERRERA
IDENTIFICACION:	CC-63532313
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-09-15
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-09-05
FECHA DE PAGO:	2023-09-15
ENTIDAD DE PAGO:	BBVA COLOMBIA S.A.
PERIODO PENSION:	2023-08
PERIODO SALUD:	2023-08
NUMERO PLANILLA:	27465732
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	27465732
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 1.638.732	$ 0	$ 0	$ 2.300	$ 204.900	$ 207.200
231001	800227940	COLFONDOS	1	$ 1.638.732	$ 0	$ 0	$ 2.900	$ 262.200	$ 265.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.638.732	$ 0	$ 0	$ 200	$ 17.200	$ 17.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 5.400	$ 484.300	$ 489.700

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/10/2023

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 Septiembre 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.	**1101695709**	**ISABEL SOFIA FLÓREZ OCHOA**	**HIJO**
RC	**1101698363**	**THAEL ALEJANDRA FLÓREZ OCHOA**	**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: __ANGÉLICA _ISABEL _OCHOA HERRERA
C.C. 63 532 313 De Bucaramanga

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53857641

NUIP 1.101.695.709

- 53857641 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** R 6 1

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

REGISTRADURIA DE SOCORRO - COLOMBIA - SANTANDER - SOCORRO.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FLOREZ.....	OCHOA.....

Nombre(s)

ISABEL SOFIA.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes ENE Día 25	FEMENINO.....	O.....	POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	12887755-4.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

~~OCHOA HERRERA ANGELICA ISABEL~~.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 63.532.313.....	COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

FLOREZ PEÑALOZA GUSTAVO ADOLFO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.094.241.862.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

FLOREZ PEÑALOZA GUSTAVO ADOLFO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.094.241.862.....	

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 ENE Día 28	FERNANDO FONSECA ALVAREZ - REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

~~28.ENE.2015 LIBRO DE VARIOS LIBRO DE VARIOS TOMO 9 FOLIO N. 0088.~~

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.101.698.363

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152503714

- 52503714 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** R 6 L

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

REGISTRADURIA DE SOCORRO - COLOMBIA - SANTANDER - SOCORRO.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FLOREZ.....	OCHOA.....

Nombre(s)

THAEL ALEJANDRA.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes AGO Día 23	FEMENINO.....	O.....	POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	140733342.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

OCHOA HERRERA ANGELICA ISABEL.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 63.532.313.....	COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

FLOREZ PEÑALOZA GUSTAVO ADOLFO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.094.241.862.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

FLOREZ PEÑALOZA GUSTAVO ADOLFO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.094.241.862.....	

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 2017 Mes SEP Día 06	FERNANDO FONSECA ALVAREZ - REGIS Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

06.SEP.2017 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 11 FOLIO 195.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

OFIXPRES SAS NIT 900.158.826-1 (602) 38573