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	**56928-285497**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES	**C.C.**	1.101.690.291	**IP/Nº de contacto**	73866
Correo electrónico contratista:	ialvarezc@sena.edu.co				

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

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** 32229476661

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: 4886502/2023 **Nº Compromiso SIIF** **66923**

Valor Total del Contrato	$ 27.447.120	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 14.430.960	**5**	**Del**	**01/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 1.697.760,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 12.733.200		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios temporales de carácter temporal como instructor, para la gestion del desarrollo curricular y la ejecucion de formacion complementaria a personas en situacion de desplazamiento en la red de agroindustria

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.697.760		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	**$ 1.697.760**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.028.088**		**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	----------	**27692897**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.358.208
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 169.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.200	$ 14.200
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 424.440	$ -	
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	$ 169.776	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 342.696	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.028.088,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.697.760,00	
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	**$1.697.760,00**	

SON: UN MILLÓN SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha: 2849898 Competencia: Fomentar cultura emprendedora según habilidades y competencias personales.
Actividad: Generar un comportamiento emprendedor en los aprendices en formación.
Fecha de inicio: 20/09/2023 Fecha fin: 24/09/2023 Total horas: 48.
Total horas del mes: 48. Planilla de salud No. 27692897 Mes de Agosto.

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.

INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES
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,

OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO
INSTRUCTOR G19

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 :	INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES
IDENTIFICACION:	CC-1101690291
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-09-18
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-09-21
FECHA DE PAGO:	2023-09-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERIODO PENSION:	2023-08
PERIODO SALUD:	2023-08
NUMERO PLANILLA:	27692897
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	27692897
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	$ 1.358.208	$ 0	$ 0	$ 0	$ 169.800	$ 169.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.358.208	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.200	$ 14.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 184.000	$ 184.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	23/10/2023

asulado

Seguros de Vida S.A.
NIT 901.660.669-6

Certifica:

Que el(la) señor(a) **INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES** identificado(a) con **Cédula de ciudadanía** número **1101690291** le fue reconocida una **Pensión de invalidez** y se encuentra recibiendo **13** mesadas pensionales desde **2022-12-01** bajo la modalidad **Renta vitalicia inmediata** en **ASULADO SA**. A la fecha, la pensión se encuentra **Activa**.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado(a) el **2023/9/25.**

Cordialmente,

Sergio Mauricio Hernández Zapata
Líder de Operaciones y Servicios

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

*__Importante__: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros: Línea de servicio **Asulado**:
Medellín **(604) 4026876** y Nacional **01 8000 412 854**
www.asulado.com

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 de septiembre de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
San Gil.

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	**1186964353**	**SHARIK SAMARA CHAPARRO ALVAREZ**	**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: INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES
C.C. 1.101.690.291

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.186.964.353

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152801271

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E H C

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

REGISTRADURIA DE SOCORRO. HOSP. SAN JUAN DE DIOS - COLOMBIA - SANTAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHAPARRO	ALVAREZ

Nombre(s)

SHARIK SAMARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes JUN Día 10	FEMENINO	A	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	144258505

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ CORTES INGRID JOHANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.101.690.291	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CHAPARRO ARENAS WCODT

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.156.262	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHAPARRO ARENAS WCODT

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.156.262	X

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 2018 Mes JUN Día 12	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

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Escaneado con CamS

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
SOCORRO - SANTANDER

El suscrito Registrador del Estado Civil, certifica que la fotocopia al respaldo de esta hoja es **fiel y auténtica**, y fue tomada de su original que reposa en los **archivos de Registro Civil** de esta oficina.

Libro 79 Serial 15280777 N1 N2 R X

Fecha: 12 JUN. 2018

Valido Para: TRAMITE

FERNANDO FONSECA ÁLVAREZ
Registrador del Estado Civil
Válido sin sello. Dcto. 2150/95

21880354-6

Escaneado con CamS