

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS		Código Regional	68
			Código Centro	930910
			Fecha Elaboración	20 de Octubre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	01425-121883
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: DEASY JOHANNA FLOREZ MALDONADO Correo electrónico contratista: djflorezm@misena.edu.co		C.C. 63.557.675	IP/N° de contacto 3185529528	
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 ? SI		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: NO		Tipo de cta AHORROS		
		N° Cuenta 02090275057		
		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: 4636246/2023		N° Compromiso SIIF 12223		
Valor Total del Contrato \$ 39.106.540		N° Pago 9		Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato \$ 10.498.400		Del 01/10/2023		Al 31/10/2023
Nuevo Saldo del Contrato \$ 6.561.500		Legalización comisiones del periodo		Valor Bruto Pago \$ 3.936.900,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CSET. PL 210 DIAS VR MES \$ 3.936.900		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.936.900		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00%		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Retención en la Fuente del Periodo \$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.936.900		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.314.508		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.314.508,00
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		27966885		Base retención en la fuente a titulo de ICA 3.488.000,00
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.574.760		\$ 1.574.760	\$ 1.574.760	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 196.900		\$ 196.900	\$ 196.900	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 252.000		\$ 252.000	\$ 252.000	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00
ARL \$ 8.300		\$ 8.300	\$ 8.300	Reteica - 8523 25.114,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833		\$ -	\$ -	0,720% 0,00
\$ 984.225		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -	\$ -	Sobretasa Bomberil 2.511,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ 393.690	\$ -	VALOR A PAGAR \$3.909.275,00
Salud hasta \$ 678.592		\$ -	\$ -	
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 771.503	\$ -	
Retención en la Fuente Contingente \$ -		\$ -	\$ -	
SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Orientar formación a aprendices según su perfil, correspondiente a la "Convocatoria de la APE para la conformación del BanIn" Aplicar en la resolución de problemas reales del sector productivo, los conocimientos, habilidades y destrezas pertinentes. Evaluar el proceso de aprendizaje diligenciando oportunamente los formatos correspondientes. Reportar en el sistema SOFIA PLUS en un plazo máximo de tres (3) días todas las actividades de acuerdo con los procesos. Cumplir el objeto del contrato según la programación que el SENA indique, dentro del Lugar de Ejecución. Dar cumplimiento estricto las normas que regulan la Formación Profesional Integral en el SENA. Participar en procesos de promoción de los programas de formación, servicios y actividades de divulgación tecnológica. Participar en labores de montaje y puesta en marcha de equipos y maquinaria relacionados en procesos formativos propios de su área. EL CONTRATISTA manifiesta que durante la vigencia del contrato no está contratado simultáneamente en otro centro de formación.				
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.				
DEASY JOHANNA FLOREZ MALDONADO 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,				
OMAR MATEUS SANCHEZ 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 JOSE MANUEL ARIZA ARIZA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

Se certifica que la empresa , identificada con CC-63557675 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2023-09	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	252.000	0	252.000
Período salud:	2023-09	EPS017	830003564	FAMISANAR	1	0	196.900	0	196.900
Planilla Nro.:	27966885 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	8.300	0	8.300
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2023-10-17	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCOLOMBIA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	223257013	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
GRAN TOTAL							\$ 457.200		

PAGADO



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bucaramanga, 20 de octubre 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.	1.097.135.567	ISABELLA ORTIZ FLOREZ	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: DEASY JOHANNA FLOREZ MALDONADO
C.C. 63.557.675 de Bucaramanga



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

57329480



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NUIP	1097135567
------	------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	07	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	Q 5 E
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía													

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido						
ORTIZ		FLOREZ *****						
Nombre(s)								
ISABELLA *****								
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH				
Año	2 0 1 6	Mes	N O V	Día	1 3	Femenino	O	Positivo
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)								

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

13771012-7

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

FLOREZ MALDONADO DEASY JOHANNA

Documento de identificación (Clase y número)

CC NRO.63.557.675

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ORTIZ JIMENEZ FREDDY GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número)

CC NRO. 91.288.476

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ORTIZ JIMENEZ FREDDY GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número)

CC NRO. 91.288.476

Firma

Firma

Freddy Ortiz

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 2 0 1 6 | Mes | N O V | Día | 1 4 | Nombre y firma del funcionario que inscribe | || | | | | | | | |
						HECTOR ELIAS RIZA VELAZCO	
						NOTARIO CIRCULO DE BUCARAMANGA	
Reconocimiento paterno						Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento	
Firma						Nombre y firma	
ESPACIO PARA NOTAS							
WM							
05 MAYO 2022							



La suscrita **ELIZABETH MANCIPE PICO**
Notaria Séptima Encargada del Círculo de
Bucaramanga
En virtud al Decreto 1260 de 1970

Certifica:

Que la presente fotocopia de registro civil de
NACIMIENTO ☒ MATRIMONIO ☐ DEFUNCION ☐
fue tomada del original que reposa en los
archivos de esta Notaría y fue solicitada

personalmente por Deisy Johanna Flores Maldonado

identificado(a) con CC ☒ PS ☐ CE ☐ TI. ☐

numero 63.557.675 y cuyo

parentesco con el inscrito es Padre

Bucaramanga, **05 MAYO 2022**

ELIZABETH MANCIPE PICO
NOTARIA SÉPTIMA ENCARGADA DEL CÍRCULO DE BUCARAMANGA

