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** | **31 de Octubre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **84056-182573** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** CLAUDIA PATRICIA BARON PARRA
**Correo electrónico contratista:** cbaronp@sena.edu.co
**C.C.** 1.101.074.420 **IP/Nº de contacto** 3118613546

**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 CAJA SOCIAL **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** 24036461066

**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:** 5372213/2023 **Nº Compromiso SIIF** **200123**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 12.563.612 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 10.242.075 | **2** | **Del** | **01/10/2023** | **Al** | **31/10/2023** | **$ 4.096.830,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 6.145.245 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios profesionales como instructor para orientar la formación profesional en la modalidad virtual en la red de conocimiento emprendimiento y fomento empresarial.

## 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

| | Octubre | Setiembre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **8627134030** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.638.732 | $ 1.160.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 204.900 | $ 145.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 262.200 | $ 185.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 17.200 | $ 12.200 |
| 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

Formacion Titulada Virtual Apoyo alistamiento planeación pedagógica
Desarrollar las actividades contractuales de acuerdo con la programación establecida en los procesos formativos del centro
Ficha: 2721663 Programa: tecnico de Contabilizacion. Fecha Inicio 01/10/2023 - Fecha Fin 31/10/2023. Horas Impartidas: 84
Fichas: Tecnólogo en Agroempresarial 2758222 Fecha Inicio 01/10/2023 - Fecha Fin 31/10/2023. Horas Impartidas: 42
Fichas: Tecnólogo en Agroempresarial 2758223 Fecha Inicio 01/10/2023 - Fecha Fin 31/10/2023. Horas Impartidas: 42

Total, Horas Impartidas Octubre: 168 Horas
Todas las actividades están registradas en la plataforma SOFIAPLUS correspondiente al mes objeto de cobro. Realizar aportes seguridad social respecto al periodo de septiembre 2023, Operador: Asopagos, Numero planilla: 8627134030, valor $ 423.100

**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.

**CLAUDIA PATRICIA BARON PARRA**
**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**

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | CLAUDIA PATRICIA BARON PARRA |
| IDENTIFICACION: | CC-1101074420 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-10-06 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2023-10-05 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-10-05 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERIODO PENSION: | 2023-09 |
| PERIODO SALUD: | 2023-09 |
| NUMERO PLANILLA: | 8627134030 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8601123441 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 1 | $ 1.431.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 179.000 | $ 179.000 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.431.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 229.100 | $ 229.100 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.431.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 15.000 | $ 15.000 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 423.100 | $ 423.100 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 07/11/2023 |

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

San Gil,31 de Octubre 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1101623495** | **GISETH YULIANA BARRAGAN BARON** | **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
Claudia Patricia Barón Parra
C.C. 1101074420

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP **1101623495**

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39364805

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 6 H

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

COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL ( NOTARIA SEGUNDA)**********

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| **BARRAGÁN** * * * * * * * * * * | **BARÓN** * * * * * * * * * * |

Nombre(s)

********** **GISETH YULIANA** * ***** * * * * * * *

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2007 Mes OCT Día 20 | FEMENINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA) *

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ********** | A 7774582 ******** |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos

**BARÓN PARRA CLAUDIA PATRICIA** * ** * * * * * * * * * * * * ****

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 1.101.074.420 DE VILLANUEVA * * * * * | *COLOMBIANA * |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos

**BARRAGÁN BUENO YAHIRCINIO** * * ** * **********

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 1.095.700.067 DE BARICHARA * * * ** ** * | COLOMBIANA ** * |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

BARRAGÁN BUENO YAHIRCINIO * *** * ** * * **********

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. No. 1.095.700.067 DE BARICHARA | (FDO) * * * * * * |

*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 2008 Mes FEB Día 04 | OSCAR RENE DURAN ACEVEDO<br>Nombre y firma |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

~~Esta act a reemplaza a la que aparece al indicativo serial No. 39364704 de Octubre 23 del 2007, por corrección en el No. de la cc del padre de la inscrita en la casilla del declarante, a solicitud presentada por escrito.~~

~~San Gil, Febrero 04 del 2008~~

FESA S.A. NIT. 890.321 151-0

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

39364805