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** | **46888-573697** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO
**Correo electrónico contratista:** elmartinezc@sena.edu.co
**C.C.** 91.111.247 **IP/Nº de contacto** 3015435247

**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** 0839230141

**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:** 4790229/2023 **Nº Compromiso SIIF** 43023

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 34.003.689 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 8.193.660 | **8** | **Del** | **01/10/2023** | **Al** | **31/10/2023** | **$ 4.096.830,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 4.096.830 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

Prestar servicios personales de carácter temporal para apoyar la formación profesional de nivel técnico programada por el centro para el programa de articulación con la media en la red de conocimiento gestión administrativa y servicios financieros en el área temática contabilidad

## 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** | ---------- | **27765068** |
| **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 - SOCORRO | 2.048,00 | 0,500% |
| Reteica - SAN GIL | 0,00 | 0,000% |
| - | 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** | **$4.094.782,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES NOVENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 2710652 Actividad de Aprendizaje: Aplicar matemática financiera Fechas 2-23-30 de Octubre Total horas: 15
Ficha 2494346 Actividad de Aprendizaje: Generar los reportes Fechas 3-17-24-31 de Octubre Total horas: 20
Ficha 2496471 Actividad de Aprendizaje: Generar los reportes Fechas 4-18-25 de Octubre Total horas: 15
Ficha 2493052 Actividad de Aprendizaje: Generar los reportes Fechas 5-19-26 de Ocrubre Total horas: 15
Ficha 2719713 Actividad de Aprendizaje: Aplicar matemática financiera Fechas 20-21 de Noviembre Total horas: 22
Ficha 2494346 Actividad de Aprendizaje: Aplicar en la resolución de problemas Fechas 17-24-31 de Octubre Total horas: 14
Ficha 2710652 Actividad de Aprendizaje: Aplicar en la resolución de problemas Fechas 2-23-30 de Octubre Total horas: 14
Ficha 2496471 Actividad: Aplicar fechas 4-18-25 de Octubre Total horas: 14 Ficha 2493052 Actividad: Aplicar Fechas 5-19-26 H 14
Actividades adicionales: Actividad: Alistamiento Fechas: 9-13 de Octubre Horas: 12 Actividades adicionales: Otros Fechas: 23-26 H 12

**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.

**ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO**
**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 : | ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO |
| IDENTIFICACION: | CC-91111247 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-10-18 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2023-10-11 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-10-18 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BBVA COLOMBIA S.A. |
| PERIODO PENSION: | 2023-09 |
| PERIODO SALUD: | 2023-09 |
| NUMERO PLANILLA: | 27765068 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 27765068 |
| 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 | $ 1.639.200 | $ 0 | $ 0 | $ 1.500 | $ 204.900 | $ 206.400 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.639.200 | $ 0 | $ 0 | $ 1.900 | $ 262.300 | $ 264.200 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.639.200 | $ 0 | $ 0 | $ 200 | $ 17.200 | $ 17.400 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 3.600 | $ 484.400 | $ 488.000 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 14/11/2023 |

**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.** | **MARIA PAULA MARTINEZ GALOFRE** | **1.100.971.908** | **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,

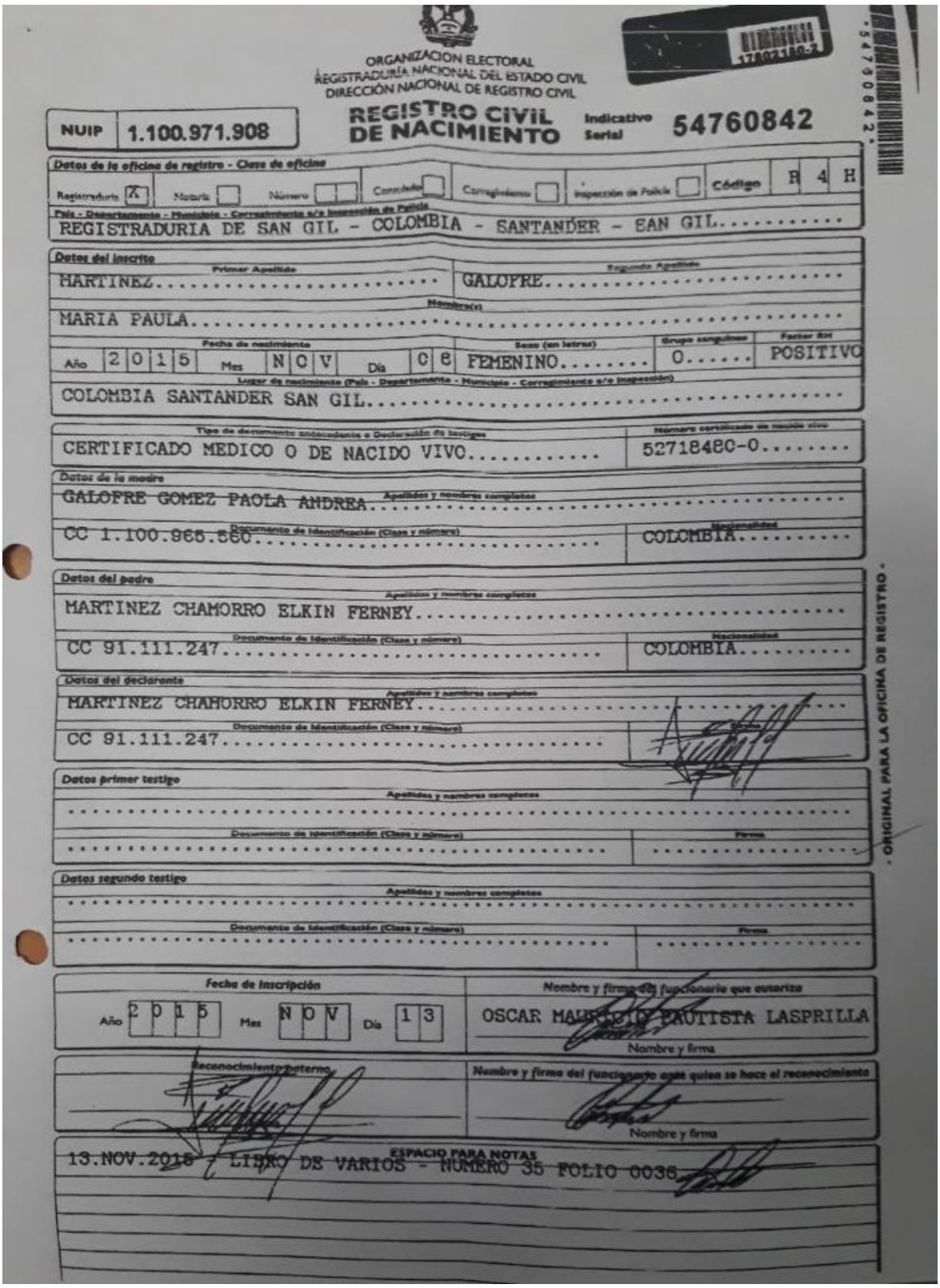


_____

FIRMA

Nombre: ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO

C.C. 91.111.247



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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.100.971.908

Indicativo Serial 54760842

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 4 H

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

REGISTRADURIA DE SAN GIL - COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL

Datos del inscrito

Primer Apellido: MARTINEZ | Segundo Apellido: GALOFRE

Nombre(s): MARIA PAULA

Fecha de nacimiento: Año 2015 Mes NOV Día 08 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA SANTANDER SAN GIL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 52718480-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GALOFRE GOMEZ PAOLA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.100.965.560 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ CHAMORRO ELKIN FERNEY

Documento de identificación (Clase y número): CC 91.111.247 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ CHAMORRO ELKIN FERNEY

Documento de identificación (Clase y número): CC 91.111.247 | 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 2015 Mes NOV Día 13

Nombre y firma del funcionario que autoriza: OSCAR MAURICIO BAUTISTA LASPRILLA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

13.NOV.2015 / LIBRO DE VARIOS - NUMERO 35 FOLIO 0036

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -