

 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 Noviembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	06321-801589
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: LUZ EDDY PRIETO SALAZAR Correo electrónico contratista: amsanchez@sena.edu.co		C.C. 37.946.752	IP/N° de contacto 9541	
Régimen del IVA: ☒ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☒ NO		
Banco al cual consignar: DAVIVIENDA		Inducción SST ☒ SI		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: ☒ NO		Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☒ NO		
		Tipo de cta AHORROS		
		N° Cuenta 550048000039049		
		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: 4995392/2023		N° Compromiso SIIF 102523		
Valor Total del Contrato \$ 27.448.761 Saldo Anterior del Contrato \$ 6.281.806 Nuevo Saldo del Contrato \$ 2.184.976		N° Pago 7 Periodo objeto de pago Del 01/11/2023 Al 30/11/2023 Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		Valor Bruto Pago \$ 4.096.830,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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 de salud en el area tematica salud publica		
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%		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo \$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.096.830		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.385.035		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Noviembre 8627783925	Octubre 8627783925	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.385.035,00 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 15.022,00 0,500% Reteica - SAN GIL 0,00 0,000% 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 \$4.081.808,00
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS				
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.638.732				
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 204.900				
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 262.200				
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -				
ARL III \$ 40.000				
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833				
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				
Salud hasta \$ 678.592				
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123				
Retención en la Fuente Contingente \$ -				
SON: CUATRO MILLONES OCHENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
FICHA 2711983 TN SALUD PUBLICA: AA: Elaborar actividades de capacitacion en salud dirigidos a la comunidad COMPLEMENTARIA: desarrollar estrategias de educación en salud teniendo en cuenta las condiciones de la población y del entorno HORAS 42 AA: Conocer y aplicar inmunobiologicos según via, protocolos y normativa vigente COMPETENCIA: ADMINISTRAR INMUNOBIOLOGICOS SEGÚN DELE HORAS: 18 HORAS AA: DETECTA EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DE ACUERDO CON LOS COMPORTAMIENTOS, CARACTERÍSTICAS, MANIFESTACIONES COMPETENCIA: MONITOREAR EVENTOS DE SALUD PÚBLICA SEGÚN ÁMBITO COMUNITARIO Y NORMATIVA DE SALUD. HORAS: 48 HORAS. Ficha 2871431 Aplicar técnicas y procedimientos invasivos de primer respondiente, mitigando las posibles complicaciones en el moment COMPETENCIA: Asistir personas según protocolos de primer respondiente y normativa de salud. HORAS 48 Ficha 2878560 Aplicar técnicas y procedimientos invasivos de primer respondiente, mitigando las posibles complicaciones en el moment Asistir personas según protocolos de primer respondiente y normativa de salud. HORAS 48 TOTAL DE HORAS MES 204 HORAS				
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.				
LUZ EDDY PRIETO SALAZAR 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				



CONSTANCIA DE PAGO

Período Pensión: 2023-10

Período Salud : 2023-10

Se certifica que en la fecha 2023-11-16 la empresa PRIETO SALAZAR LUZ EDDY con documento de identificación CC 37946752 sucursal 03, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante PRIETO SALAZAR LUZ EDDY identificado con CC-37946752, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante				
Identificación		Razón Social		
CC-37946752		PRIETO SALAZAR LUZ EDDY		
Datos Planilla				
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales	
8627783925	I	2023-11-16	0,02436	
Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	900336004	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	30
EPS	900226715	ESSC24	COOPERATIVA DE SALUD COOSALUD E.S.S	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 de noviembre 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.	1096068392	JUAN JOSE VEGA PRIETO	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: LUZ EDDY PRIETO SALAZAR

C.C. 37946752



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

NUIP 1096068392

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 41854238

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradora ☐ Notaria ☒ Número 05 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código Q 3 E

País - Departamento - Municipio - Corregimiento sin Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido VEGA Segundo Apellido PRIETO

Número(s) JUAN JOSE

Fecha de nacimiento Año 2008 Mes NOV Día 29 Sexo (en letras) Masculino Grupo Sanguíneo O Factor RH Positivo

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo 51233837-0

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PRIETO SALAZAR LUZ EDDY

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 37.946.752

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VEGA HUERTAS EDGARDO JOSE

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.108.768

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VEGA HUERTAS EDGARDO JOSE

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.108.768

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 2008 Mes DIC Día 19

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Dr. FERNANDO VEGA HUERTAS

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma

PASADO LIBRO VARIOS TOMO 100 FOLIO 019

ESPACIO PARA NOTAS

ES FIEL REPRODUCCION MECANICA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA
Y CONSTITUYE PLENA PRUEBA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA
ACREDITAR PARENTESCO. DADO EN BUCARAMANGA,

Dr. FERNANDO VEGA HUERTAS

19 DIC 2008



— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —