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 - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**30 Noviembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**61927-469252**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS	**C.C.**	37.900.558	**IP/Nº de contacto**	3187119277
Correo electrónico contratista:	sbaezp@sena.edu.co				

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** 336100888

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: 4524358/2023 **Nº Compromiso SIIF** 7523

Valor Total del Contrato	$ 33.361.700	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.856.450	**10**	**Del**	**01/11/2023**	**Al**	**30/11/2023**	**$ 3.167.250,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.689.200		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor, para orientar la formación profesional programada por el centro de formación en la red de conocimiento servicios personales en el área temática de belleza y cosmética.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.167.250		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	**$ 3.167.250**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.857.019**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---------	**8627596473**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.266.900	$ 1.266.900
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 158.400	$ 158.400
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 202.800	$ 202.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 13.300	$ 13.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 791.812	$ -	
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	$ 316.725	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 619.006	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.857.019,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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 - 8544	0,00	0,000%
-	0,00	
-	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	**$3.167.250,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO SESENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 2711735 TC COSMETOLOGIA Y ESTÉTICA INTEGRAL ACT: Aplicar plan de tratamiento estético post operatorio de acuerdo con protocolo establecido. FECHAS 16 AL 13 Nov 2023 total 36 horas ACT: Evaluar la aplicación de los protocolos de tratamientos estéticos según Evaluar la aplicación de los protocolos de tratamientos estéticos según la zona tratada. FECHAS 24 al 30 Nov/2023 total 30 horas. ACT: Aplicar en la resolución de problemas reales del sector productivo, los conocimientos, habilidades y destrezas pertinentes a las FECHAS: 7 al 22 nov/2023 total 55 horas. complementaria: FICHA 2890090 BIOSEGURIDAD APLICADA A LA ESTÉTICA Y BELLEZA ACT: Aplicar las normas de Bioseguridad en la zona de trabajo de acuerdo a la normativa legal vigente. FECHAS 21 AL 30 NOV/2023 TOTAL 21 AL 28 nov/2023 total 18 horas.
NUMERO DE PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL MES DE OCTUBRE: 8627596473
TOTAL HORAS MES DE NOVIEMBRE: 139 HRS

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.

SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS
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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS
IDENTIFICACION:	CC-37900558
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-11-14
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-11-16
FECHA DE PAGO:	2023-11-14
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2023-10
PERIODO SALUD:	2023-10
NUMERO PLANILLA:	8627596473
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8647038273
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	$ 1.267.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 158.400	$ 158.400
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.267.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 202.800	$ 202.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.267.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 13.300	$ 13.300
CCF39	890200106	CAJASAN	1	$ 1.267.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 25.400	$ 25.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 399.900	$ 399.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/12/2023

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:

NUIP - NIP	**1101262864**	**Mya Isabella Meléndez Báez**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

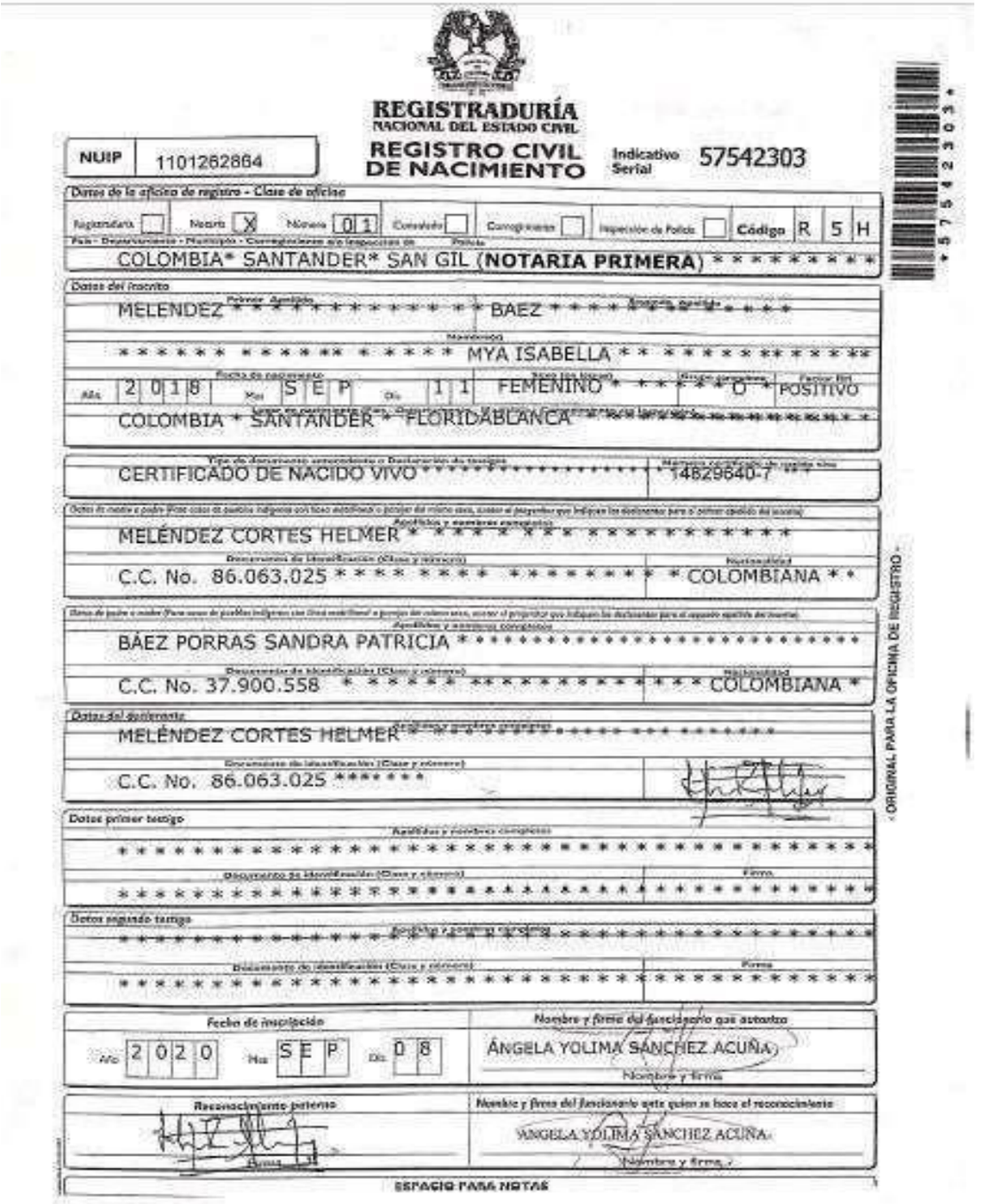
- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: Sandra Patricia Báez Porras
C.C. 37900558 San Gil



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1101262864

Indicativo Serial 57542303

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 01 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R 5 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (NOTARIA PRIMERA)

Datos del inscrito

Primer Apellido: MELENDEZ * Segundo apellido: BAEZ *

Nombre(s): MYA ISABELLA

Fecha de nacimiento: Año 2018 Mes SEP Día 11 Sexo: FEMENINO * Grupo sanguíneo: O * Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento: COLOMBIA * SANTANDER * FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO * Número certificado de nacido vivo: 14629640-7

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

Apellidos y nombres completos: MELÉNDEZ CORTES HELMER *

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 86.063.025 * Nacionalidad: COLOMBIANA *

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

Apellidos y nombres completos: BÁEZ PORRAS SANDRA PATRICIA *

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 37.900.558 * Nacionalidad: COLOMBIANA *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MELÉNDEZ CORTES HELMER *

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 86.063.025 * 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 2020 Mes SEP Día 08

Nombre y firma del funcionario que autentica: ÁNGELA YOLIMA SÁNCHEZ ACUÑA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: ÁNGELA YOLIMA SÁNCHEZ ACUÑA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

* 57542303 *

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO