

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO LATINOAMERICANO DE ESPECIES MENORES-VALLE		Código Regional Código Centro Fecha Elaboración Versión ID de Proceso	68 930910 23 Noviembre de 2023 ENERO 2023 - 1,23 64245-648038					
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos contratista: Correo electrónico contratista:		CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ cpbarragan@sena.edu.co	C.C. 1.098.610.385	IP/N° de contacto 74539					
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	91200391107			
			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:	4638950/2023		N° Compromiso SIIF		17123				
Valor Total del Contrato	\$ 33.349.650	N° Pago	Periodo objeto de pago		30/11/2023		Valor Bruto Pago	\$ 2.709.450,00	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 3.779.850	9	Del		01/11/2023		Al		
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 1.070.400		Legalización comisiones del periodo		\$ 0,00				
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 243 DIAS, 900 HORAS VR HORA \$33.450							
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 2.709.450	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		Retencion en la Fuente del Periodo		0,00%	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 2.709.450							
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.559.704							
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a título de RENTA		1.559.704,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.160.000		\$ 1.160.000		Base retención en la fuente a título de ICA		2.378.850,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 145.000		\$ 145.000		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 185.600		\$ 185.600		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
ARL III		\$ 28.300		\$ 28.300		Menos Retención IVA		0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 8.835.833		\$ -		Reteica - 8523		17.128,00	0,720%
\$ 677.362		\$ -						0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466		\$ -						0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466		\$ -						0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200		\$ -				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				Otras Retenciones		0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				Sobretasa Bomberil		1.713,00	10,000%
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ 270.945				Descuentos de Libranza		0,00	
Salud hasta \$ 678.592		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 519.901							
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				VALOR A PAGAR		\$2.690.609,00	
SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL SEISCIENTOS NUEVE PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ficha:2824839-Tn auxiliar en enfermeria-Formacion competencia control de infecciones y patrones funcionales.									
Ficha:2893686-Formación complementaria:soporte vital básico.									
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:				CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ EL CONTRATISTA					
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.				Autorizo el presente pago. El Supervisor, DORIS JUDITH VARGAS VILLAMIL INSTRUCTOR G20					
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:				EL ORDENADOR DEL PAGO JOSE MANUEL ARIZA ARIZA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					
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.									



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-11-21, 07:31:47 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2023
Empresa	CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1098610385
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	66540567
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	291243525
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	\$ 382.100
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 185.600	\$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	1	\$ 145.000	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 28.300	\$ 0
N890200106	CCF39	CAJASAN	1	\$ 23.200	\$ 0
SubTotales:				\$ 382.100	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 382.100





FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bucaramanga, 23 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 párrafo 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	1142727340	EDWIN ELIAS DAZA BARRAGAN	HIJO
NUIP - NIP	1142725204	VICTORIA DAZA BARRAGAN	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: CAREM PATRICIA BARRAGAN PEREZ

C.C. 1098610385



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

62209844

NUIP 1142727340

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D U H

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Datos del inscrito

Primer Apellido

DAZA *****

Segundo Apellido

BARRAGAN *****

Nombre(s)

EDWIN ELIAS *****

Fecha de nacimiento

Año 2022 Mes SEP Día 02

Sexo (en letras)

Masculino

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

22099110069997

Datos de la 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

BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1098610385

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

DAZA CASTRO EDWIN DARIO

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91080393

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DAZA CASTRO EDWIN DARIO

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91080393

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 2022 Mes SEP Día 07

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ALVARO JULIAN TAVERA SALAZAR

ALVARO JULIAN TAVERA SALAZAR

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Código 1.4

DEPARTAMENTO
REGISTRO CIVIL

95500844



Red



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1142725204

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59786259

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaria ☒ Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D U H

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Datos del inscrito

Primer Apellido DAZA Segundo Apellido BARRAGAN

Nombre(s) VICTORIA

Fecha de nacimiento Año 2018 Mes AGO Día 14 Sexo (en letras) Femenino Grupo sanguíneo A Factor RH Positivo

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

14833197 - 9

Datos de la 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
BARRAGAN PEREZ CAREM PATRICIA

Documento de Identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1098610385

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos
DAZA CASTRO EDWIN DARIO

Documento de Identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91080393

Nacionalidad

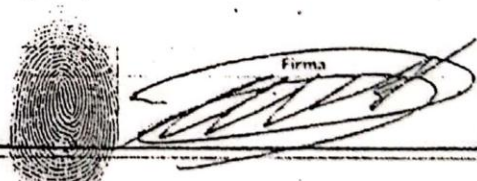
COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
DAZA CASTRO EDWIN DARIO

Documento de Identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91080393



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 2018 Mes AGO Día 22

Nombre y firma del funcionario autorizado

LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA

Notario Sucesor Ciudad de Floridablanca