

 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	49603-089792
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		ANGELICA ISABEL OCHOA HERRERA		C.C.
Correo electrónico contratista:		aiochoa@sena.edu.co		IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
		NO		Es declarante de renta?
		NO		Es Pensionado?
Banco al cual consignar:		BANCO BBVA		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		N° Cuenta
		AHORROS		0839208345
		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:	5220535/2023	N° Compromiso SIIF	148323	
Valor Total del Contrato	\$ 20.484.150	N ° Pago	5	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 6.281.806	Periodo objeto de pago	Del 01/11/2023 Al 30/11/2023	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 2.184.976	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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 informática diseño y desarrollo de software en el área temática infraestructura		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 4.096.830	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.096.830	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.402.135	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
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	2.402.135,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	1.638.732	1.638.732	Base retención en la fuente a título de ICA	4.096.830,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 204.900	\$ 204.900	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 262.200	\$ 262.200	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 II	\$ 17.200	\$ 17.200	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833	\$ -	Reteica - 8299	0,00 0,600%
\$ 1.024.207	\$ -	\$ -		0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466	\$ -		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
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	\$ -	\$ -	Sobretasa Bomberil	0,00 10,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -		
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 409.683	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 800.712		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	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				
IMPLEMENTACIÓN INFRAESTRUCTURA TIC. 2504423 * Controlar el centro de datos de acuerdo con procedimiento técnico y estándares.				
TECNICO DE SISTEMAS INPEC SAN GIL 2818128 * 2.Mantener equipos de cómputo según procedimiento técnico				
TECNICO DE SISTEMAS CC SAN GIL PLAZA 2775325 * 3.Atender requerimientos de los clientes de acuerdo con procedimiento técnico y normat				
TECNICO NOMINA Y PRESTACIONES SOCIALES 2711834 * 4.Utilizar herramientas informáticas de acuerdo con las necesidades de manejo de inf				
Acompañamiento aprendiz en etapa productiva				
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.			ANGELICA ISABEL OCHOA HERRERA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.			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				



RAZON SOCIAL :	ANGELICA ISABEL OCHOA HERRERA
IDENTIFICACION:	CC-63532313
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-11-09
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-11-03
FECHA DE PAGO:	2023-11-10
ENTIDAD DE PAGO:	BBVA COLOMBIA S.A.
PERIODO PENSION:	2023-10
PERIODO SALUD:	2023-10
NUMERO PLANILLA:	27960431
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	27960431
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	\$ 1.638.732	\$ 0	\$ 0	\$ 1.500	\$ 204.900	\$ 206.400
231001	800227940	COLFONDOS	1	\$ 1.638.732	\$ 0	\$ 0	\$ 1.900	\$ 262.200	\$ 264.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.638.732	\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 17.200	\$ 17.400
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 3.600	\$ 484.300	\$ 487.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/12/2023
----------------------------------	------------



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 de Noviembre 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.	1101695709	ISABEL SOFIA FLÓREZ OCHOA	HIJO
RC	1101698363	THAEL ALEJANDRA FLÓREZ OCHOA	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: __ANGÉLICA _ISABEL _OCHOA HERRERA
C.C. 63 532 313 De Bucaramanga

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

53857641



NUIP 1.101.695.709

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

53857641

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R 6 I

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

REGISTRADURIA DE SOCORRO - COLOMBIA - SANTANDER - SOCORRO

Datos del inscrito

Primer Apellido FLOREZ Segundo Apellido OCHOA

Nombre(s) ISABEL SOFIA

Fecha de nacimiento Año 2015 Mes ENE Día 25 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

12887755-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos OCHOA HERRERA ANGELICA ISABEL

Documento de Identificación (Clase y número) CC 63.532.313 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos FLOREZ PENALOZA GUSTAVO ADOLFO

Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.094.241.862 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos FLOREZ PENALOZA GUSTAVO ADOLFO

Documento de Identificación (Clase y número) CC 1.094.241.862 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 ENE Día 28

Nombre y firma del funcionario que autoriza

FERNANDO FONSECA ALVAREZ - REGISTRADOR

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

28.ENE.2015 LIBRO DE VARIOS ESPACIO PARA NOTAS LIBRO DE VARIOS TOMO 9 FOLIO N. 6088

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

Indicativo 152503714
Serial

NUIP 1.101.698.363

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R 6 L

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

REGISTRADURIA DE SOCORRO - COLOMBIA - SANTANDER - SOCORRO.....

Datos del inscrito

Primer Apellido FLOREZ..... Segundo Apellido OCHOA.....

Nombre(s)

THAEL ALEJANDRA.....

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2017 Mes AGO Día 23 FEMENINO..... 0..... POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....

140733342.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

OCHOA HERRERA ANGELICA ISABEL.....

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 63.532.313.....

COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

FLOREZ PENALOZA GUSTAVO ADOLFO.....

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.094.241.862.....

COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

FLOREZ PENALOZA GUSTAVO ADOLFO.....

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.094.241.862.....

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 2017 Mes SEP Día 06

FERNANDO FONSECA ALVAREZ - REGISTRO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

06.SEP.2017 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 11 FOLIO 195.

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -