SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CÓRDOBA
CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO DE CÓRDOBA-CÓRDOBA

Código Regional	**23**
Código Centro	**952310**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**60046-050939**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SAMUEL ARMANDO PEREZ CRIALES	**C.C.**	1.064.979.941	**IP/Nº de contacto**	53500
Correo electrónico contratista:	samuelpcriales@misena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO COLPATRIA **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 **Nº Cuenta** 9282018243

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: 4630901/2023 **Nº Compromiso SIIF** **44323**

Valor Total del Contrato	$ 39.814.400	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.972.160	**10**	**Del**	**01/11/2023**	**Al**	**30/11/2023**	**$ 3.981.440,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.990.720		Legalización comisiones del periodo			$ 218.225,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y TECNICOS DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR DE EMPRENDIMIENTO Y APOYO A LA GESTION DEL EMPRENDIMIENTO RURAL EN LA MODALIDAD `PRESENCIAL Y A DISTANCIA ENMARCADA EN LOS LINAMIENTOS DE PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL PAR

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.981.440		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	**$ 4.199.665**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.796.724**		**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	----------	**4528601662**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.592.576	$ 1.592.576
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 199.100	$ 199.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 254.900	$ 254.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.700	$ 16.700
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.049.916	$ -	
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	$ 932.241	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

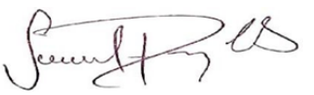
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.796.724,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.745.665,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	7.491,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
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	**$3.973.949,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PROGRAMA SER SENA EMPRENDE RURAL
Actividades contempladas en el mes de noviembre del año 2023
1- Impartir formacion emprendedor sistemas agroforestales en el municipio de Cruz de Guayabo en san Andres de Sotavento ficha: 2862674
2- Impartir formacion fortalecimiento en practicas labores agricolas en el municipio de Valencia Vereda Santo Domingo ficha: 2894176

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.



SAMUEL ARMANDO PEREZ CRIALES
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,

JOSE ANASTASIO RESTREPO CASTELLANOS
INSTRUCTOR G20

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

ALFONSO MARIO CORREA NAVARRO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9442269416	DV: 770044
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	30/11/2023 09:56:20
PAP:	903297
Identificacion:	1064979941
Nombre:	SAMUEL
Apellido 1:	PEREZ
Apellido 2:	NAA
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	1111111111
Codigo Planilla:	4528601662
Periodo Pago:	2023/10
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia: 1064979941Valor: $482.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1064979941
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SAMUEL ARMANDO PEREZ CRIALES
CIUDAD/MUNICIPIO:	CERETE	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	CRA 13 N 9A-33 CERETE	TELÉFONO:	7900000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:				**4528601662**	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO		2023
DÍAS DE MORA:				20						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2023/11/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9996774713

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.100	$ 0	$ 256.000	$ 5.100	$ 261.100
SUBTOTALES:										**$ 256.000**	**$ 5.100**	**$ 261.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.000	$ 0	$ 4.000	$ 0	$ 200.000	$ 4.000	$ 0	$ 204.000
SUBTOTALES:													**$ 200.000**	**$ 4.000**	**$ 0**	**$ 204.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 16.800	$ 16.800	$ 400	$ 0	$ 17.200
SUBTOTALES:									**$ 16.800**	**$ 400**	**$ 0**	**$ 17.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1064979941	PEREZ CRIALES SAMUEL ARMANDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.600.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.600.000	$ 256.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 256.000

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.600.000	$ 200.000	$ 0	$ 200.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.600.000	106497994	$ 16.800

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 482.300**

Planilla Pagada
Planilla Pagada

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Montería, 05 de diciembre 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1062609993**	**VICTORIA SOFIA PEREZ MORENO**	**HIJO**
T.I.	**1062611675**	**VALERIA SOFIA PEREZ MORENO**	**HIJO**

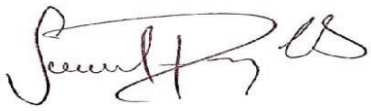
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: SAMUEL PEREZ CRIALES

C.C. 1.064.979.941 DE CERETE

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1062609993

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55312955

55312955

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [01] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** H 1 V

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

COLOMBIA, CORDOBA, CERETE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	MORENO

Nombre(s)

VICTORIA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes 02 Día 31	FEMENINO	"O"	Positivo

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

EN LA CLINICA MONTERIA, COLOMBIA, CORDOBA, MONTERIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DEL DANE NACIDO VIVO	13033109-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MORENO HERRERA DAINIRIS MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 1,064989,376 de CERETE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PEREZ CRIALES SAMUEL ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 1,064,979,941 de CERETE	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ CRIALES SAMUEL ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. # 1,064,979,941 de CERETE ,	X

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

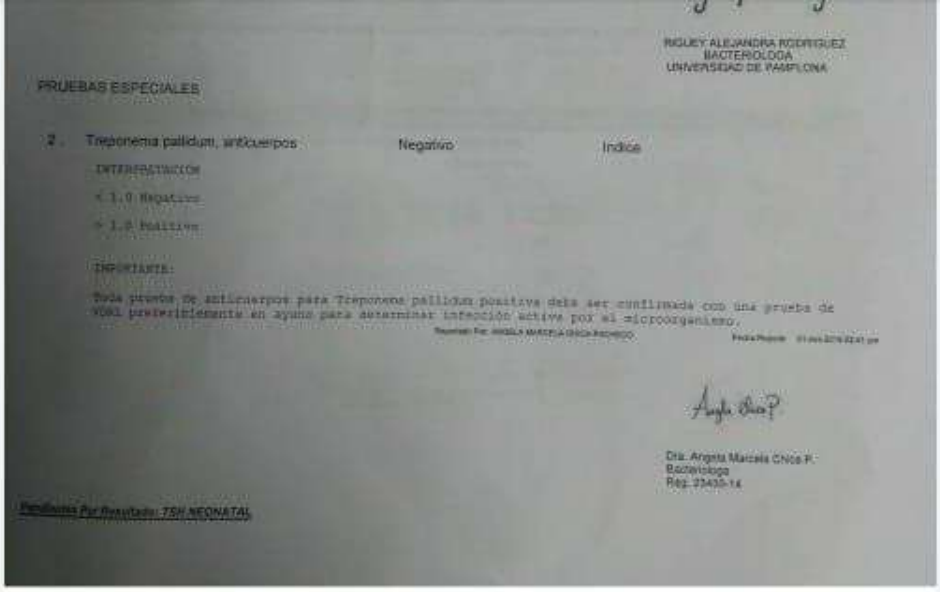
Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2014 Mes 001 Día 05	BILARDO LUIAN RICARDO (NOTARIO)
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



RIGUEY ALEJANDRA RODRIGUEZ
BACTERIOLOGA
UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

PRUEBAS ESPECIALES

2.	Treponema pallidum, anticuerpos	Negativo	Indice

INTERPRETACION

< 1.0 Negativo

> 1.0 Positivo

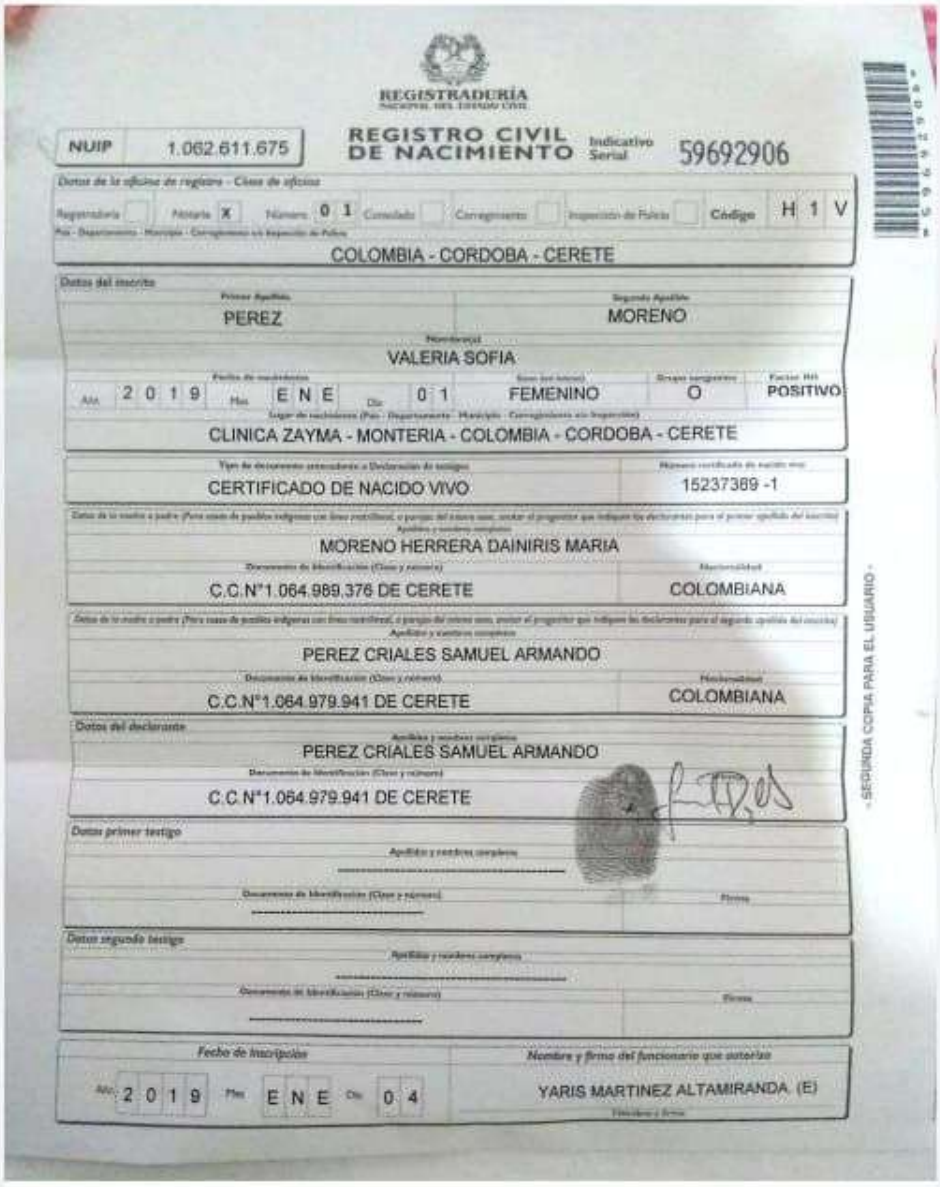
IMPORTANTE:

Toda prueba de anticuerpos para Treponema pallidum positiva debe ser confirmada con una prueba de VDRL preferiblemente en ayuno para determinar infección activa por el microorganismo.

Dra. Angela Marcela Chica P.
Bacteriologa
Reg. 23435-14

Pendiente Por Resultado: TSH NEONATAL

Escaneado con CamScanner



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.062.611.675

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 59692906

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código H 1 V

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CORDOBA - CERETE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	MORENO

Nombre(s)

VALERIA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes ENE Día 01	FEMENINO	O	POSITIVO

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

CLINICA ZAYMA - MONTERIA - COLOMBIA - CORDOBA - CERETE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	15237389 -1

Datos de la madre o padre (Para casos de padres indígenas con tres nombres, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique las declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MORENO HERRERA DAINIRIS MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.N°1.064.989.376 DE CERETE	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de padres indígenas con tres nombres, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique las declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PEREZ CRIALES SAMUEL ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.N°1.064.979.941 DE CERETE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ CRIALES SAMUEL ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C.N°1.064.979.941 DE CERETE

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 2019 Mes ENE Día 04	YARIS MARTINEZ ALTAMIRANDA (E)

Firma(s) y Sello

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner