SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**49503-888669**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JENNY SUSANA CAMACHO SILVA	**C.C.**	1.101.752.077	**IP/Nº de contacto**	3178548609
Correo electrónico contratista:	jscamacho@sena.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: 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 **Nº Cuenta** 32908502522

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: 4635491/2023 **Nº Compromiso SIIF** **7923**

Valor Total del Contrato	$ 38.000.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.153.333	**11**	**Del**	**01/12/2023**	**Al**	**17/12/2023**	**$ 2.153.333,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR, EJECUTAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN PROGRAMAS DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA EN EL ÁREA AMBIENTAL, DE ACUERDO CO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.153.333		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	$ 3.800.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.953.333**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.436.500**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9459784443**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.520.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 190.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 243.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.200	$ 15.900
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.488.333	$ -	
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	$ 243.200	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 190.000	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 15.900	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 595.333	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.145.500	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.436.500,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.153.333,00	
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 - 8543	4.307,00	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	**$2.149.026,00**	

SON: DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y NUEVE MIL VEINTISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se impartió formación en las fichas:

1.Ficha 2714133 I.E La Loma,RA: MONITOREAR LA GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS PE. LOS DIAS 1,4,5 Y 8 de Diciembre 2023. 32H
2.Ficha 2714075 CUV, RA:MONITOREAR LA GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS SÓLIDOS PELIGROSOS. LOS DIAS 11,12,14 y 15 de Diciembre de 2023 20

TOTAL HORAS ACADEMICAS: 52 H
TOTAL HORAS ADMINISTRATIVAS: 28 H
TOTAL DE HORAS : 80 H

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.

JENNY SUSANA CAMACHO SILVA
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,

CESAR FERNANDO PALENCIA LOPEZ
INSTRUCTOR G12

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

JAVIER GONZALEZ FRANCO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1101752077		CAMACHO SILVA JENNY SUSANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 204b # 40-41	BUCARAMANGA-SANTANDER	6342343	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	336581443	9459784443	I	2023/12/20	2023/12/14	BANCOLOMBIA	0	$479,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$1,520,000	$30,400			$1,520,000		$15,900		$0	$0		$479,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$1,520,000	$30,400			$1,520,000		$15,900		$0	$0		$479,500
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																						$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$1,520,000	$30,400			$1,520,000		$15,900		$0	$0		$479,500
1	CC	1101752077	CAMACHO JENNY																	25-14	30	$1,520,000	$243,200	EPS005	30	$1,520,000	$190,000	CCF39	30	$1,520,000	$30,400	14-23	30	$1,520,000	1.044%	$15,900	30	$0	$0	No	$479,500
Total		**Afiliados(1)**																				$1,520,000	$243,200			$1,520,000	$190,000			$1,520,000	$30,400			$1,520,000		$15,900		$0	$0		$479,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1101752077		CAMACHO SILVA JENNY SUSANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 204b # 40-41	BUCARAMANGA-SANTANDER	6342343	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	336581443	9459784443	I	2023/12/20	2023/12/14	BANCOLOMBIA	0	$479,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$243,200	$0	$0	$243,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$243,200	$0	$0	$243,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,900	$0	$0	$15,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,900	$0	$0	$15,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,400	$0	$0	$30,400
CAJASAN	CCF39	890,200,106	1	1	$30,400	$0	$0	$30,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$190,000	$0	$0	$190,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$190,000	$0	$0	$190,000
TOTAL				**1**	**$479,500**	**$0**	**$0**	**$479,500**

SENA	Versión: 05 Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: JENNY SUSANA CAMACHO SILVA						**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	**Vélez Santander**	**FECHA**	**Diciembre de 2023**	**REGIONAL**	**Santander - CGAO**	**1.101.752.077**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			**CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE**			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:			**CO1.PCCNTR.4635491 del 15 de febrero de 2023**			

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	X	**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA PO R MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC	X	**Claudia Consuelo Pardo**	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	**Nelsy Reyes Olaya**	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	**Cesar Fernando Palencia Lopez**	CESAR PALENCIA L.
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.**	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	**PATRICIO SUÁREZ HURTADO Y/O JAVIER REYES OLAYA**	
CONTABILIDAD	X	**Jenny Alexandra Larrotta Rivera**	
TESORERIA	X	**Claudia Consuelo Pardo**	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	**Cesar Fernando Palencia Lopez**	CESAR PALENCIA L.
BIBLIOTECA	X	**Sergio Zambrano**	Sergio Zambrano J.
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	**Cesar Fernando Palencia Lopez**	CESAR PALENCIA L.

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

Powered by CamScanner

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) JENNY SUSANA CAMACHO SILVA identificado(a) con CC. 1101752077 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 6 de Diciembre de 2023 a las 11:18:48

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Vélez, 17 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 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:

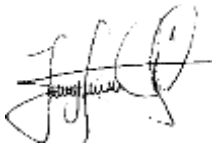
NUIP - NIP	**1146336595**	**MARIANA CAMACHO CAMACHO**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1239089426**	**JUAN GONZALO CAMACHO CAMACHO**	**HIJO**

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: **Jenny Susana Camacho Silva**

C.C. 1101752077 de Vélez

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1146336595

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52629004

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [11] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [ ] DVE

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CAMACHO	CAMACHO

Nombre(s): MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes FEB Día 09	FEMENINO	"O"	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	12896773-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CAMACHO SILVA JENNY SUSANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1101752077 VELEZ	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CAMACHO CHACON GONZALO ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 13958874 VELEZ	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CAMACHO CHACON GONZALO ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 13958874 VELEZ	

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 2015 Mes FEB Día 19	LUZ YANETH ROJAS PORTILLA Nombre y firma

COMPARECIENTE
DECLARANTE

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

REPUBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

REGISTRADURIA

Adhesivo Copia Registro Civil
27265829-0

60590832

NUIP 1239089426

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60590832

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						B 7 U

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA B/MANGA CL MATERNO INFANTIL SAN LUIS S A

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CAMACHO	CAMACHO

Nombre(s)

JUAN GONZALO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUL Día 26	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	16178070-1

Datos de 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

CAMACHO SILVA JENNY SUSANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1101752077	COLOMBIA

Datos de padre o madre (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

CAMACHO CHACON GONZALO ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 13958874	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAMACHO CHACON GONZALO ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 13958874	

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 2020 Mes JUL Día 27	RAQUEL ESMERALDA LINARES PARIS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Firma