SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2019**
Versión	**FEBRERO 2019 - 2,19**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CRISTIAN ALONSO HERREÑO MARTINEZ				
Correo electrónico contratista:	cristianherreno@gmail.com	**C.C.**	13.958.517	**IP/Nº de contacto**	74122
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2018 Superaron $46.418.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	79991891027
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2019 supera los $ 113.091.000**		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1084803/2019			**Nº Compromiso SIIF**	**84319**		
Valor Total del Contrato	$ 9.772.200	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.661.274	**4**	**Del**	**01/12/2019**	**Al**	**18/12/2019**	**$ 1.661.274,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.661.274	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 2.866.512			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.527.786**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.634.005**	**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	----------	**4312729715 -**	Valor Base retención en la fuente	2.634.005,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 828.116	$ 1.146.605	**43**Valor Base retención en la fuente ICA	1.425.174,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 103.600	$ 143.400	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 132.500	$ 183.500	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 V	$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8560	2.850,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.427.000	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 183.500		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 143.400		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.096.640	$ 452.779				
Salud hasta $ 548.320	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.224.800	$ 878.002		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 1.658.424,00**	

SON: UN MILLÓN SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

AVANZADO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS EN BARBOSA, 40 HORAS
APLICAR PROCEDIMIENTOS SEGUROS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS Y APLICAR NORMATIVIDAD RESPECTIVA

ACTIVIDADES ACADÉMICAS: HORAS (40). ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS: HORAS (11). TOTAL HORAS (51)

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.



CRISTIAN ALONSO HERREÑO MARTINEZ
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;

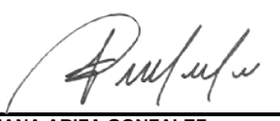
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,



MARTHA RUEDA MONCADA
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



HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

	INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Barbosa, diciembre 18 de 2019

Señor (a)
Martha Rueda Moncada
SUPERVISOR (A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 1084803/2019
Instructor G. 20
Centro de Gestión Agroempresarial de Oriente.
Vélez

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual mes de diciembre del año 2019

Referencia: No CO1.PCCNTR 1084803/2019

CRISTIAN ALONSO HERREÑO MARTÍNEZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 13.958.517 de Vélez, en mi calidad de Contratista del SENA, en Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato es máximo de Nueve millones setecientos setenta y dos mil doscientos Pesos M/Cte. ($9.772.200) incluido IVA de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el contratista. Esta suma será pagada por el SENA al contratista, según las horas reportadas a razón de treinta y dos mil quinientos setenta y cuatro Pesos ($32.574) la hora. Para los honorarios ejecutados durante el mes de diciembre de 2019 un total de 51 horas, equivalente a un millón seiscientos sesenta y un mil doscientos setenta y cuatro pesos mte ($1.661.274).

Plazo: Será hasta el 18 de Diciembre del 2019.

OBJETO:
Prestar servicios personales de carácter temporal para desarrollar los programas de formación profesional en el área de seguridad y salud en el trabajo y alturas, en el Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente.

CLÁUSULA CUARTA A) OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

	INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1.	Preparar, orientar, desarrollar y apoyar procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucional para los diferentes grupos poblacionales objeto de Formación Profesional Integral.	Gestión de solicitudes recibidas y verificación de requisitos por parte de los aspirantes. Programación y concertación de fechas y horarios. Se realizó el alistamiento del portafolio del instructor. Se caracterizó ficha para la programación de la formación. **AVANZADO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS EN BARBOSA, 40 HORAS** Se ejecutó actividades teórico y se hizo el acompañamiento con el aprendiz en el diligenciamiento de formatos. Se realizó el proceso de valoración de resultados de aprendizaje para poder certificar a los aprendices. Envío de consolidados de evaluación.	Caracterización y correo enviados. Portafolio instructor, Pantallazo correo ficha
2.	Dar cumplimiento estricto a los Manuales del Sistema Integrado de Gestión y demás normas que regulan la Formación Profesional Integral en el SENA y además a entregar oportunamente las listas de aprendices inscritos, seleccionados, las planillas debidamente diligenciadas y demás documentos requeridos por la Gestión de Centros y Registro y Certificación.	El cumplimiento de estos manuales se realiza utilizando los formatos actualizados descargados desde la página Compromisos Sena y diligenciados según indicaciones, y esto se socializa con los aprendices en la franja de inducción al programa respectivo.	Información en el Drive **AVANZADO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS EN BARBOSA, 40 HORAS** Formatos diligenciados: Planeación pedagógica Lista de asistencia a inducción

			Lista verificación de ambientes
3.	Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias, el medio ambiente, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos correspondientes.	Aplicar Cuestionario de conocimiento. Gestión del consolidado de evaluación para certificación de aprendices oportunamente.	Formato Diligenciado de Cuestionario para Valorar Conocimientos. **AVANZADO TRABAJO SEGURO EN ALTURAS EN BARBOSA, 40 HORAS** Correos enviados al área respectiva.
4.	Participar en procesos de promoción de los programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de divulgación tecnológica programados por el Centro.	Participación en la animación, programación y ejecución de programas de SG SST para técnicos y tecnólogos del centro de formación.	Listados de Asistencia
5.	Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de Formación Profesional.	Reporte de actividades según programación del Centro. Informe Mensual De Ejecución Contractual. Envío Solicitud para atender el programa de formación y este es atendido dentro de los plazos requeridos.	Planilla de reporte mensual. Informe Mensual De Ejecución Contractual Correo Electrónico.
6.	Responder por la integridad y buen uso de materiales, equipos y demás elementos de la institución puestos bajo su cuidado para desarrollar labores propias de su cargo	Seguimiento e inspecciones a los equipos utilizados en el aula de clase.	Diligenciamiento de reconocimiento e inspecciones de equipos.
7.	Reportar en el sistema Sofía Plus en un plazo máximo de 5 días hábiles, todas las actividades que de acuerdo con los procesos que son de su responsabilidad, garantizando la calidad de la información y su coherencia con el proceso formativo, tales como: Registro de los juicios evaluativos; Creación de rutas y asociación de aprendices; Registro de juicios evaluativos del reconocimiento de	Diligenciar la ficha de caracterización 3 días hábiles del inicio de la formación. Inscripción en el aplicativo a los aprendices que inician el programa. Asociar ruta	Formato Ficha de Caracterización Pantallazos uso aplicativo Sistema Sofía Plus.

	aprendizajes previos; Comunicar al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información.	Desarrollo de juicios evaluativos en la plataforma de cada grupo.	
8.	Contar con la certificación vigente de la norma de competencia "Orientar Procesos Formativos Presenciales Con Base En Los Planes De Formación Concertados" o la actualización "Orientar Formación Presencial De Acuerdo Con El Procedimiento Técnico Normativo" o en su defecto deberá aplicar el proceso.	En el mes de septiembre se solicita al personal encargado del área de competencias laborales del centro, información relacionado con el proceso.	Pantallazo al driver.
9.	Hacer cumplir y cumplir con el reglamento del aprendiz.	Proceso de inducción a cada grupo se les socializa el reglamento del aprendiz.	Listados y registros de Inducción y reglamento del aprendiz.
10.	Hacer seguimiento y evaluar la etapa productiva de los aprendices que les sean asignados para dicho fin	Se realizó el seguimiento a etapa productiva con la respectiva valoración.	Actas Valoración de resultados
11.	Custodiar, organizar y archivar los documentos producidos por la dependencia.	Archivar los documentos producidos por la dependencia en orden cronológico.	Portafolio Instructor y aprendiz. Pantallazo al Drive.
12.	Las demás que se requieran para el cumplimiento del contrato	Administración del aplicativo del Ministerio de Trabajo "CENTROS DE ENTRENAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DEL RIESGO". Registrar trabajadores y/o apéndices al aplicativo. Asociar trabajadores y/o aprendices al aplicativo. Crear cursos para asociación de personal que ha realizado el curso. Generar certificado de cursos. Supervisión de cursos tsa.	Correo Recibidos, plataforma actualizada .

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto informe **(formato informe legalización desplazamiento- contratista GTH-F-087)**, en el que relacioné las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe

cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				
2.				
……				

Nota 1: *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación de informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados, fotocopia de la planilla- recibo de pago de aportes a salud y pensiones, 4312729715 y 4313396701 expedido por NUEVOSOI correspondiente al mes de noviembre y diciembre del año 2019.

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

CRISTIAN ALONSO HERREÑO MARTÍNEZ
Instructor Contratista
C.C. No. 13.958.517 de Vélez.

Recibí a satisfacción:

Martha Rueda Moncada
SUPERVISOR (A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1084803 DE 2019
Instructor G. 20

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13958517
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRISTIAN ALONSO HERRENO MARTINEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	GIRON	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 36 N 15-18 RINCON GIRON	TELÉFONO:	3333333
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:	**4312729715**	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO		2019
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/12/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9997794382

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
230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 183.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.500	$ 0	$ 183.500
SUBTOTALES:										**$ 183.500**	**$ 0**	**$ 183.500**

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 143.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 143.400	$ 0	$ 0	$ 143.400
SUBTOTALES:													**$ 143.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 143.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF39	CCF39-CAJASAN	1	$ 6.900	$ 0	$ 6.900
SUBTOTALES:			**$ 6.900**	**$ 0**	**$ 6.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP					PARAFISCALES									
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 13958517	HERREÑO MARTINEZ CRISTIAN ALONSO	INDEPEND		$ 1.146.605				NO																	230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)	30	$ 1.146.605	$ 183.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 183.500	EPS016-COOMEVA S.A.	30	$ 1.146.605	$ 143.400	$ 0	$ 143.400			$ 0		$ 0	30	$ 1.146.605	CCF39-CAJASAN	$ 6.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 333.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13958517
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRISTIAN ALONSO HERRENO MARTINEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	GIRON	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 36 N 15-18 RINCON GIRON	TELÉFONO:	3333333
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:	**4313396701**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO	2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre	AÑO	2019
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/12/05			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9997832786

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
230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132.500	$ 0	$ 132.500
SUBTOTALES:										**$ 132.500**	**$ 0**	**$ 132.500**

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS046	EPS046-SALUD MIA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 0	$ 103.600
SUBTOTALES:													**$ 103.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 103.600**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF39	CCF39-CAJASAN	1	$ 5.000	$ 0	$ 5.000
SUBTOTALES:			**$ 5.000**	**$ 0**	**$ 5.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES							
																									PENSIÓN								SALUD						ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																	CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 13958517	HERREÑO MARTINEZ CRISTIAN ALONSO	INDEPEND		$ 1.146.605				NO								01-30										230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)	30	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132.500	EPS046-SALUD MIA EPS	30	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	$ 103.600			$ 0		$ 0	30	$ 828.116	CCF39-CAJASAN	$ 5.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 241.100**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Barbosa, diciembre 5 de 2019

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:

RC	**1097132190**	**CRISTIAN CAMILO HERREÑO PEÑA**	**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: **CRISTIAN ALONSO HERREÑO MARTÍNEZ**

C.C. 13.958.517

CLINICA M. I. SAN LUIS
NIT. 890.208.758-8

DANE Para tomar decisiones

República de Colombia
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

MINSALUD

CONFIDENCIAL
Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales, están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.º.

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO: **13229202 - 6**

(Consulte instrucciones al respaldo)

LUGAR DEL NACIMIENTO
Departamento: Santander
Municipio: Bucaramanga

ÁREA DEL NACIMIENTO
[x] Cabecera municipal [ ] Centro poblado _____ [ ] Rural disperso
Inspección, corregimiento o caserío

FECHA DEL NACIMIENTO	HORA DEL NACIMIENTO	SEXO DEL NACIDO VIVO	HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO
2015 / 12 / 29 (Año / Mes / Día)	Hora 08 Minutos 28 [ ] Sin establecer	[x] Masculino [ ] Femenino [ ] Indeterminado	Grupo sanguíneo O Factor Rh positivo

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Peña	Olaya	Angela	Marcela

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE
[ ] Registro civil [ ] Tarjeta de identidad [x] Cédula de ciudadanía
[ ] Cédula de extranjería [ ] Pasaporte [ ] Sin información

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
37397083

DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Alarcón	Niño	Miguel	Angel

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
[x] Cédula de ciudadanía [ ] Cédula de extranjería [ ] Pasaporte

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)
19180849

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO
[x] Médico [ ] Enfermero(a) [ ] Auxiliar de enfermería [ ] Promotor(a) de salud

REGISTRO PROFESIONAL
1717

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO
Departamento: Santander
Año 2015 Mes 12 Día 29
Municipio: Bucaramanga

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO
M. Alarcón

Impreso en la Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística del DANE. Forma DANE D-620. Junio de 2015

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1097132190

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55811741

55811741

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Q 5 E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERREÑO	PEÑA **********

Nombre(s)

CRISTIAN CAMILO **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes DIC Día 29	Masculino	O	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13229202-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PEÑA OLAYA ANGELA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO.37.397.083 DE CUCUTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERREÑO MARTINEZ CRISTIAN ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO. 13.958.517 DE VELEZ	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERREÑO MARTINEZ CRISTIAN ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC NRO. 13.958.517 DE 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 DIC Día 30	HECTOR ELIAS ARIZA VELASCO NOTARIO SEPTIMO CIRCULO DE BUCARAMANGA Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaría Septima Bucaramanga DEPARTAMENTO DE SANTANDER

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

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