

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ANTIOQUIA DESPACHO DIRECCION			Código Regional	5
				Código Centro	101005
				Fecha Elaboración	31 de Enero de 2024
				Versión	ENERO 2024 - 1,24
			ID de Proceso	06331-808245	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		HECTOR BRAYAN CAMARGO HERRERA hbcamargo@sena.edu.co		C.C.	1.019.003.160
Correo electrónico contratista:				IP/N° de contacto	0
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?	SI
				Es declarante de renta?	SI
				Es Pensionado?	NO
Banco al cual consignar:		BANCO DE BOGOTA		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	984016915
				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:		5740638/2024		N° Compromiso SIIF	724
Valor Total del Contrato		\$ 60.500.000		N ° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato		\$ 60.500.000		Periodo objeto de pago	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 57.750.000		Del	15/01/2024
				Al	31/01/2024
				Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DURANTE LA VIGENCIA 2024 PARA APOYAR LA COORDINACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIONES, GESTIONANDO LA CREACIÓN Y DESARROLLO DE ESTRATEGIAS COMUNICACIONALES			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 2.750.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0%
				Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 2.750.000		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.573.275			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Enero		Diciembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000		\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500		\$ 0	Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000		\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	Menos Retención en la Fuente
ARL		\$ 6.800		\$ 0	Menos Retencion IVA
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		\$ 0	Reteica - 8299
\$ 9.805.208		\$ -		\$ 0	
\$ 687.500		\$ -		\$ 0	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		\$ 0	
\$ 14.903.916		\$ -		\$ 0	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		\$ 0	Jaime Isaza Cadavid
\$ 14.903.916		\$ -		\$ 0	11.000,00
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		\$ 0	0,000%
\$ 4.706.500		\$ -		\$ 0	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ 0	Otras Retenciones
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ 0	Otras Retenciones
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ 0	Otras Retenciones
Dependientes hasta		\$ 1.506.080		\$ 275.000	Descuentos de Libranza
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -	0,00
Renta Exenta 25%		\$ 3.098.445		\$ 524.425	Descuentos de embargo (Si tiene)
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		\$ -	0,00
					VALOR A PAGAR
					\$2.739.000,00
SON: DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Las evidencias de la ejecución y obligaciones se encuentran detalladas en el informe mensual de actividades cargado en SECOP II					
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.					
HECTOR BRAYAN CAMARGO HERRERA 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,					
JAIME LEON TOBON VELEZ PROFESIONAL G10					
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 JOHN ALBEIRO GIRALDO LONDONO DIRECTOR REGIONAL A G08					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019003160		CAMARGO HERRERA HECTOR BRAYAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 3B 4 62	PUERTO BOYACA-BOYACA	7386240	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	01546845	9460890322	Y	2024/01/16	2024/01/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$696,600

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes		
1	CC	1019003160	CAMARGO HECTOR	X																	230301	30	\$2,400,000	\$384,000	EPS017	30	\$2,400,000	\$300,000	0		\$0		\$0	14-23	30	\$2,400,000	\$12,600	0		\$0	\$0	No	\$696,600
Total Afiliados(1)																						\$2,400,000	\$384,000			\$2,400,000	\$300,000			\$0		\$0		\$2,400,000	\$12,600			\$0	\$0			\$696,600	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019003160		CAMARGO HERRERA HECTOR BRAYAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 3B 4 62	PUERTO BOYACA-BOYACA	7386240	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	01546845	9460890322	Y	2024/01/16	2024/01/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$696,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$384,000	\$0	\$0	\$384,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$384,000	\$0	\$0	\$384,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$12,600	\$0	\$0	\$12,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$12,600	\$0	\$0	\$12,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$300,000	\$0	\$0	\$300,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$300,000	\$0	\$0	\$300,000
TOTAL				1	\$696,600	\$0	\$0	\$696,600

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 14971931279			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1019003160				6. DV 4		12. Dirección seccional Impuestos de Medellín	
				14. Buzón electrónico 11			
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1019003160		27. Fecha expedición 20040317	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento 169 Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio 11 Bogotá, D.C.		001	
31. Primer apellido CAMARGO		32. Segundo apellido HERRERA		33. Primer nombre HECTOR		34. Otros nombres BRAYAN	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento 169 Antioquia		40. Ciudad/Municipio 05 Copacabana		212	
41. Dirección principal CR 84 A 39 43 UR PORTON DEL NORTE							
42. Correo electrónico brayancamargo@gmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 3167519008		45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código 6010		47. Fecha inicio actividad 20090101		48. Código 6020		49. Fecha inicio actividad 20090101	
50. Código 1 7310		2 0010		51. Código 2451		52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 1 5 2 2 4 9 5 2							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
22- Obligado a cumplir deberes formales a							
49 - No responsable de IVA							
52 - Facturador electrónico							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				57. Modo 58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2024 - 01 - 12 / 12 : 10: 19			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre CAMARGO HERRERA HECTOR BRAYAN			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) HECTOR BRAYAN CAMARGO HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1019003160 el día 22/01/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



Hace constar:

Que el Sr(a) HECTOR BRAYAN CAMARGO HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1019003160 realizó el día 22/01/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo HECTOR BRAYAN CAMARGO HERRERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1019003160 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de enero de 2024

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	1.023.556.188	Avril Sofía Camargo Vélez	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: Héctor Brayan Camargo Herrera

C.C. 1.019.003.160 de Bogotá DC.



NUIP 1.023.556.188

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 60725795

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 03 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 7 K

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLÍN

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

CAMARGO

VELEZ

Nombre(s)

AVRIL SOFIA

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2 0 1 9

Mes NOV

Día 1 3

FEMENINO

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLÍN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

15745084-7

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

CAMARGO HERRERA HECTOR BRAYAN

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.019.003.160

COLOMBIA

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

VELEZ DAZA LUISA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.152.697.219

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAMARGO HERRERA HECTOR BRAYAN

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 1.019.003.160

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 2 0 1 9

Mes NOV

Día 1 4

Nombre y firma de funcionario que autoriza

LUIS DAVID

ECHEVERRI DUQUE

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

HECTOR BRAYAN CAMARGO HERRERA

Firma

LUIS DAVID ECHEVERRI DUQUE

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 0170 FOLIO 007.

LUIS DAVID

ECHEVERRI DUQUE

NOTARIO

THOMAS GREG & SONS

RRR