SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE

Código Regional	76
Código Centro	954310
Fecha Elaboración	Enero de 2024
Versión	ENERO 2024 - 1,24
ID de Proceso	25345-384783

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MONICA BURGOS VELASQUEZ	**C.C.**	1.112.771.244	**IP/Nº de contacto**	23603
Correo electrónico contratista:	mburgos.90v@gmail.com				

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

Banco al cual consignar: BANCO BBVA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 0259287902

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: 5808542/2024 **Nº Compromiso SIIF** 2724

Valor Total del Contrato	$ 45.995.114	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 45.995.114	**1**	**Del**	**25/01/2024**	**Al** 31/01/2024	**$ 893.109,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 45.102.005		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.5808542 SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO A LA RED DE CONOCIMIENTO Y AREA TEMATICA, EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, VIRTUAL Y/O

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 893.109		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	**$ 893.109**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 319.874**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	_____	**Dec.1273.2018**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	319.874,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.300.000	$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	522.609,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 162.500	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 208.000	$ 0	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 I	$ 6.800	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 223.277	$ -		Reteica - 8560	1.045,00	0,200%
			-	0,00	
			-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -		Pro-UCEVA	4.466,00	0,500%
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -		Universidad del Pacífico	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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -				
Dependientes hasta $ 1.506.080	$ 89.311		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta $ 753.040	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 106.625				
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$887.598,00**	

SON: OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA RED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA DEL PERFIL, EN ATENCIÓN TAMBIÉN, A LOS LINEAMIENTOS Y METAS INSTITUCIONALES DE CAMPESENA Y ECONOMÍA POPULAR EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, VIRTUAL Y/O A DISTANCIA, PROGRAMADAS POR EL CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES PARA VIGENCIA 2024

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.

MONICA BURGOS VELASQUEZ
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 GABRIEL GARAVITO APONTE
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

MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHORTUA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) MONICA BURGOS VELASQUEZ , identificado(a) con CC 1112771244 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., afiliado desde: 01/09/2016 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: ACTIVO por el Régimen CONTRIBUTIVO, en calidad de COTIZANTE

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	VIGENTE
CC	14567819	MOISES HURTADO ZAMORA	VIGENTE
TI	1114159474	SAMUEL HURTADO BURGOS	VIGENTE
RC	1114164343	MARIA CAMILA HURTADO BURGOS	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	2023/01	30
CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	2023/02	30
CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	2023/03	0
CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	2023/03	30
CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	2023/04	30
CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	2023/05	30
CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	2023/06	30
CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	2023/07	30
CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	2023/08	30
CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	2023/09	30
CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	2023/10	30
CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	CC	1112771244	MONICA BURGOS VELASQUEZ	2023/11	30

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los DIECINUEVE (19) días del mes de ENERO del año 2024.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,

Gerencia de Experiencia al Usuario

portal_webusr

CD3 5010581 Ene 19 2024 8:50AM

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MONICA BURGOS VELASQUEZ** identificado con **CC** No. **1112771244**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 18/03/2021 **Fecha de inicio de cobertura:** 27/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 25/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 03/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401011581768.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 27 días del mes de enero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_1_FR15 v_07

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14971364310

(415)7707212489984(8020) 000001497136431 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 2 7 7 1 2 4 4	5	Impuestos y Aduanas de Tuluá 2 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 1 2 7 7 1 2 4 4	2 0 0 8 0 9 2 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cartago 1 4 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BURGOS	VELASQUEZ	MONICA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Valle del Cauca 7 6	Cartago 1 4 7

41. Dirección principal: CR 1 H 40 46

42. Correo electrónico: mburgos.90v@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 6 1 8 4 9 8 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 1 2 0 1 1 4						2 3 1 3	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		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 - 10 / 16 : 01: 50

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.
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre BURGOS VELASQUEZ MONICA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 10-01-2024 04:02:40PM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 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:

T.I.	**1114159474**	**Samuel Hurtado Burgos**	**HIJO**
R.C	**1114164343**	**Maria Camila Hurtado Burgos**	**HIJA**

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: __Mónica Burgos Velásquez_____

C.C. ____1112771244_____

Registraduría Nacional del Estado Civil

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1114159474

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52803047

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [02] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** V 8

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

******* COLOMBIA ********** VALLE DEL CAUCA ********** CARTAGO **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
**********HURTADO**********	**********BURGOS**********

Nombre(s)

**********SAMUEL **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes jul Día 25	Masculino	****O	Positivo*****

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

**********COLOMBIA**********VALLE DEL CAUCA**********CARTAGO**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
****Escritura Publica No. 2091 de fecha 09-09-2013 de ésta Notaria .****	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

**********BURGOS**********VELASQUEZ**********MONICA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cedula ciudadanía *****1112771244 De CARTAGO*****	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

**********HURTADO**********ZAMORA**********MOISES **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cedula ciudadanía *****14567819 De CARTAGO*****	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

**********HURTADO**********ZAMORA**********MOISES **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
Cedula ciudadanía ********14567819********	Moisés Hurtado Zamora

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 2013 Mes sep Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Luis Enrique Becerra Delgado
Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

52803047

Papel notarial para uso exclusivo en la escritura pública - No tiene costo para el usuario

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1114164343

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58225531

58225531

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 8 J

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CARTAGO NOTARIA 2 CARTAGO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HURTADO	BURGOS

Nombre(s): MARIA CAMILA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes SEP Día 02	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CARTAGO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15934033-5

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: BURGOS VELASQUEZ MONICA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1112771244	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: HURTADO ZAMORA MOISES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 14567819	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: HURTADO ZAMORA MOISES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 14567819	Moises Hurtado Zamora

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 SEP Día 04	LUIS ENRIQUE [illegible] DELGADO

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO