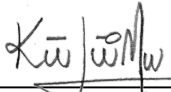


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO DE SERVICIOS EMPRESARIALES Y TURISTICOS		Código Regional	68
			Código Centro	930910
			Fecha Elaboración	18 de Marzo de 2024
			Versión	ENERO 2024 - 1,24
		ID de Proceso	77535-587850	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		ERIKA JHOANA PEREZ PEÑA	C.C.	1.127.584.434
Correo electrónico contratista:		ejperez43@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3212428222
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:		SI	Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	79500006423
		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:		5752119/2024	N° Compromiso SIIF	13424
Valor Total del Contrato		\$ 48.817.333	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 43.459.333	Del 01/03/2024 Al 31/03/2024	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 38.994.333	Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION TITULADA, COMPLEMENTARIA Y/O VIRTUAL EN DIFERENTES AREAS CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS DEL CSET. PL 328 DIAS VR MES \$ 4.465.000,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	
			Retencion en la Fuente del Periodo	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.465.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.625.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	
			\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Marzo	Febrero	Base retención en la fuente a titulo de RENTA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.000	\$ 1.786.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300	\$ 223.300	Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800	\$ 285.800	IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente
ARL		\$ 9.400	\$ 9.400	Menos Retencion IVA
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 9.805.208		\$ -		Reteica - 8523
\$ 1.116.250				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 14.903.916		\$ -		
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 14.903.916		\$ -		
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.706.500		\$ -		Otras Retenciones
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Otras Retenciones
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Otras Retenciones
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Sobretasa Bomberil
Dependientes hasta \$ 1.506.080		\$ 446.500		
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		Descuentos de Libranza
Renta Exenta 25% \$ 3.098.445		\$ 875.000		Descuentos de embargo (Si tiene)
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		
				VALOR A PAGAR
				\$4.433.670,00
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
FORMACIÓN VIRTUAL COMPLEMENTARIA				
FICHAS: 2911884 - EDW LEVEL 1 2911896 - EDW LEVEL 1 2911898 - EDW LEVEL 1 2911900 - EDW LEVEL 1				
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.			 ERIKA JHOANA PEREZ PEÑA 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,  KAREN KATHERINE LAITON MARTINEZ PROFESIONAL G08	
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 WILSON BASTOS DELGADO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				



PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 de marzo 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 párrafo 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.	1098836340	GABRIEL PÉREZ 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: ERIKA JHOANA PÉREZ PEÑA

C.C. 1.127.584.434

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO



REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 2854371

NUIP 1.098.836.340...

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Acreditar
Parentesco ☐

☒

Datos del Inscrito

PEREZ PENA GABRIEL..... Apellidos y Nombres completos

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año 2 0 2 Mes M A Día 1 0 MASCULINO..... A +.....

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

COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA.....

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año 2 0 2 Mes A B Día 0 4 0061340669.....

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

PENA VESGA JENNY PAOLA.....

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.098.794.836..... COLOMBIA.....

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

PEREZ PENA ERIKA JHOANA.....

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.127.584.434..... COLOMBIA.....

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

PENA VESGA JENNY PAOLA.....

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.098.794.836.....

Espacio para notas

TRAMITES LEGALES.....

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA.....

Código

Q X D

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2 0 2 Mes A B Día 0 4

Nombre y firma del funcionario

IGNACIO ARTURO VEGA GUTIERREZ.....

Registrador del Estado Civil





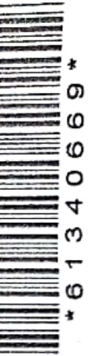
REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 61340669
Serial

NUIP 1.098.836.340

PRIMERA COPIA
RCN



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código ☐ ☒ ☐ ☐

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

REGISTRADURIA DE BUCARAMANGA - COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA...

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

PEREZ

PENA

Nombre(s)

GABRIEL

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2023

Mes

11

Día

10 MASCULINO

A

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 MEDICO O DE NACIDO VIVO

23031810372743

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

PENA VESGA JENNY PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.098.794.836

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

PEREZ PENA ERIKA JOHANA

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.127.564.434

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ PENA ERIKA JOHANA

Documento de Identificación (Clase y número)

Firma

CC 1.127.564.434

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

2023

Mes

11

Día

10

IGNACIO ARTURO VEGA GUTIERREZ - R

Nombre y firma

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1127584434
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ERIKA JHOANA PEREZ PENA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 35 # 8-25 APTO 702. TELÉFONO:	6942427
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Servicio por horas
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7913157839	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/03/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		498685659

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA			
			NOMBRE			
800224808		230301	230301-PORVENIR	1		\$ 285.800
SUBTOTAL:				1		\$ 285.800
SALUD						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA			
			NOMBRE			
800251440		EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 223.300
SUBTOTAL:				1		\$ 223.300
RIESGOS PROFESIONALES						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA			
			NOMBRE			
860011153		14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 9.400
SUBTOTAL:				1		\$ 9.400

VALOR SIN MORA:	\$ 518.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 518.500