SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL SANTANDER

CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**31 de Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**83436-792440**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.101.690.291	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ialvarezc@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	32229476661
IP/Nº de contacto:	3176355754	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	SI
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5894925/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**21724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR : Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor para orientar la formación profesional integral complementaria programada en el Centro Agroturistico a personas en situacion de desplazamiento, en la red de conocimiento: Agroindustria

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2024**	**Al**	**31/08/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 16.346.472
Número de pago	**7**			**Valor Total del Contrato:**	$ 37.781.940
Valor Bruto Pago:			**$ 3.855.300,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 12.491.172

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.855.300	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.855.300**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.445.870**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8631814168**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.542.120	$ 1.542.120
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 192.800	$ 192.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 16.100	$ 16.100
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 385.530	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 815.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.689.743		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.445.870,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.855.300,00	
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 - 8551	0,00	0,500%
-	0,00	0,500%
-	0,00	0,500%
-	0,00	0,500%
-	0,00	0,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.855.300,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha: 3020042 Competencia: Fomentar cultura emprendedora según habilidades y competencias personales.

Actividad: Generar un comportamiento emprendedor en los aprendices en formación. Fecha de Formación: 01, 02 y 05 de Agosto de 2024. Total horas: 20.

Ficha: 3044791 Competencia: Preparar extracto vegetal según procedimiento de obtención y especificación técnica.

Actividad: Extraer aceite esencial mediante la técnica de maceración de plantas aromáticas. Fecha de Formación: 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de Agosto de 2024. Total horas: 48.

Ficha: 3057215 Competencia: Preparar extracto vegetal según procedimiento de obtención y especificación técnica.

Actividad: Extraer aceite esencial mediante la técnica de maceración de plantas aromáticas. Fecha de Formación: 27, 28, 29 y 30, de Agosto de 2024. Total horas: 32. Total horas del mes: 100. Planilla de salud No. 8631814168 Asopagos Mes de Julio.

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



INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO
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
CELIA PATRICIA RODRIGUEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES
IDENTIFICACIÓN:	CC-1101690291
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-08-27
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-08-23
FECHA DE PAGO:	2024-08-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-07
PERÍODO SALUD:	2024-07
NÚMERO PLANILLA:	8631814168
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8630509613
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	1	$ 1.542.120	$ 0	$ 0	$ 0	$ 192.800	$ 192.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.542.120	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.100	$ 16.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.900	$ 208.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/09/2024

asulado

Seguros de Vida S.A.
NIT 901.660.669-6

Certifica:

Que el(la) señor(a) **INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES** identificado(a) con **CC** número **1101690291** le fue reconocida una pensión de **Renta Vitalicia Inmediata Invalidez** y se encuentra recibiendo el pago de su mesada pensional por parte de **Asulado Seguros de Vida S.A.**, desde **01/12/2022** bajo la modalidad Renta vitalicia inmediata.

Esta certificación se expide a solicitud del interesado(a) el **27/08/2024.**

Cordialmente,



Sergio Mauricio Hernández Zapata
Líder de Operaciones y Servicios

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

*__Importante__: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros: Línea de servicio **Asulado**:
Medellín **(604) 4026876** y Nacional **01 8000 412 854**
www.asulado.com

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 8 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BUCARAMANGA

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:

RC	1186964353	SHARIK SAMARA CHAPARRO ALVAREZ	Hijo(a)

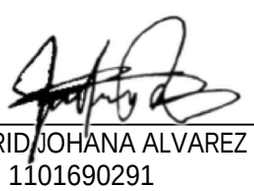
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



INGRID JOHANA ALVAREZ CORTES
C.C. 1101690291

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.186.964.353

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152801271

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E H C

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

REGISTRADURIA DE SOCORRO. HOSP. SAN JUAN DE DIOS - COLOMBIA - SANTAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHAPARRO	ALVAREZ

Nombre(s)

SHARIK SAMARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes JUN Día 10	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	144258505

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ CORTES INGRID JOHANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.101.690.291	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CHAPARRO ARENAS WCODT

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.156.262	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHAPARRO ARENAS WCODT

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.156.262	X

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 2018 Mes JUN Día 12	FERNANDO FONSECA ALVAREZ - REGIST Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Escaneado con CamS

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
SOCORRO - SANTANDER

El suscrito Registrador del Estado Civil, certifica que la fotocopia al respaldo de esta hoja es **fiel y auténtica**, y fue tomada de su original que reposa en los **archivos de Registro Civil** de esta oficina.

Libro 79 Serial 15280777 N1 N2 R X

Fecha: 12 JUN. 2018

Valido Para: TRAMITE

FERNANDO FONSECA ÁLVAREZ
Registrador del Estado Civil
Válido sin sello. Dcto. 2150/95

21880354-6

Escaneado con CamS