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 CESAR

CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR

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

Código Regional	**20**
Código Centro	**952010**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**70515-856405**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ISAI SALAZAR REAL	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	18.920.909	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	isarre67@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	29706501710
IP/Nº de contacto:	3153865278	**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?	NO
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:	5780159/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**3224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: EN EL ÁREA DE PRODUCION DE ESPECIES MAYORES Y MENORES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN REGULAR TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DEL CENTRO AGROEMPRESARIAL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024**	**Al**	**31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.866.160
Número de pago	**10**			**Valor Total del Contrato:**	$ 48.079.035
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 6.400.615

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	3,08%
Ingresos por comisiones	$ 126.195	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 164.232
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.465.545		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 9.057.285**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.335.556**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 164.232**

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

		Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7941146001**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.335.556,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	164.232,00	3,08%
ARL I		$ 9.400	$ 9.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 285.800		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 223.300		-	0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 9.400		-	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Pro-Universidad	22.959,00	0,500%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 905.729		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 1.779.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 9.612.044					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.278.354,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar solicitud de los cursos complementarios a través de los medios establecidos

Orientar formación profesional integral en las siguientes fichas 3060190 3069193 3060754 3058961 3058885 3070595 3070575

Realizar reconocimientos de aprendizajes previos

Realizar guías de aprendizaje para orientar la formación en las diferentes fichas 3060190 3069193 3060754 3058961 3058885 3070595

Asociar los aprendices a la ruta de aprendizaje 3060190 3069193 3060754 3058961 3058885 3070595 3070575

Mantener actualizado el portafolio del instructor

Realizar desplazamientos a los diferentes municipios que hacen parte de la zona de influencia del Centro Agromepresarial

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

ISAI SALAZAR REAL
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,

JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA
INSTRUCTOR 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
SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

15/10/24 18:42:19 USUARIO: SIC - C.C. 18920909

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	18920909
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ISAI SALAZAR REAL
CIUDAD/MUNICIPIO:	AGUACHICA	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	AGUACHICA CESAR	TELÉFONO:	1234114
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros tipos de comercio al por
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7941146001**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		5			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/10/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		967588304

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 287.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 287.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 224.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 224.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 519.000**
VALOR MORA:	**$ 2.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 521.000**

Planilla Pagada

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHscaselle	SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-020-952010	CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR
Fecha y Hora Generación Reporte:	martes, 27 de agosto de 2024	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	132724	**Fecha Solicitud**	2024-08-26	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-020-952010 CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-08-27	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	No	**Requiere Pasajes Aéreos**	NO
Transporte por Vía	Terrestre	**Área u Oficina**	FORMACION			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	3124	**Dependencia Solicitante**		952045 CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION	
Rubro Presupuestal de Viaticos		C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**	-	

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	N°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
ISAI SALAZAR REAL	CC: 18920909	CONTRATISTA	Autorizada	2024-08-29	2024-08-29	CESAR / AGUACHICA	CESAR / SAN MARTIN	0,5	No	50	0,5	4.465.545,00	252.390,00	126.195,00	0,00	126.195,00	VIATICOS FORMACION 29 AGOS SAN MARTIN - IMPARTIR FORMACIÓN DEL CURSO COMPLEMENTARIO ESTABLECMIENTO DE ESTANQUE PARA PECES ASIGNADAS DE MANERA PRESENCIAL DE LA FICHA EN EL CORREGIMIENTO DE LA CURVA
											Totales Solicitud de Comisión			**126.195,00**	**0,00**	**126.195,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

VIATICOS FORMACION 29 AGOS SAN MARTIN - IMPARTIR FORMACIÓN DEL CURSO COMPLEMENTARIO ESTABLECMIENTO DE ESTANQUE PARA PECES ASIGNADAS DE MANERA PRESENCIAL DE LA FICHA EN EL CORREGIMIENTO DE LA CURVA

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	49655633	Nombre:	SADY CASELLES OSORIO	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO AGROEMPRESARIAL - CESAR

VISTO BUENO JEFE INMEDIATO

Nombre:	""	Cargo:	""

MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO

Firmado digitalmente por: MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO
Serial del certificado: 554082733637 4662968
Entidad: Persona Juridica
Unidad Organizacional: SUBDIRECCION DE OPERACIONES
Hora de firma: 2024/08/27 15:42:37 -05:00

Firma Responsable

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHscaselle	SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-020-952010	CENTRO AGROEMPRESARIAL-CESAR
Fecha y Hora Generación Reporte:	martes, 27 de agosto de 2024	

Verificado Por:	MARIBEL ANGARITA VEGA	Fecha Verificación:	26/08/2024 17:53:14

Firmado digitalmente por:
Nombre: SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
Cédula de ciudadanía: 49655633
Usuario SIIF: MHscaselle
27/08/2024 3:43:00 p. m.

Este documento se encuentra firmado digitalmente de acuerdo a los lineamientos legales definidos en la ley 527 de 1.999 y sus decretos reglamentarios. Por lo tanto, el original de este documento se encuentra en formato electrónico y goza de autenticidad, integridad y no repudiación. Los certificados digitales de firma del presente documento se han emitido por una entidad de certificación digital Abierta de confianza.

	Versión: 04
	Código: GTH-F-090

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

FORMATO AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA

DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA								
FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA					**06/08/2024**			
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN: 18920909**			
ISAI SALAZAR REAL					**Tipo:**	**C.C.**	**No.**	**1065887675**
CONTRATO	**No.**	O1.PCCNTR.5780159	**AÑO**	2024	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	13	12	2024
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar los servicios personales de carácter temporal, como instructor en el área de PRODUCION DE ESPECIES MAYORES Y MENORES para impartir formación profesional integral presencial y/o virtual en los programas de Formación Regular titulada y/o complementaria del Centro Agroempresarial del SENA en el Departamento del Cesar.							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Cesar				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro Agroempresarial**		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)					**CARGO**	Subdirectora de Centro (E)		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A)	JOSE ALENADRO OROZCO OCHOA				**CARGO**	Coordinador Académico		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO								
RUTA 1	**AGUACHICA - SAN MARTIN (LA CURVA)- AGUACHICA**							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Cesar				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro Agroempresarial**		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O	Cesar			**ENTIDAD O EMPRESA:**	CORREGIMIENTO DE LA CURVA		**CONTACTO**	
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	29	8	2024	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**		29	8	2024
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	Impartir formación del curso complementario ESTABLECMIENTO DE ESTANQUE PARA PECES asignadas de manera presencial de la fichas de formación ejecutada en el corregimiento de La Curva							

OBLIGACIONES DEL CONTRATO	
1	Orientar la formación de aprendices en el área, en las competencias, los resultados de aprendizaje y las actividades de los proyectos de formación programados, dentro de los tiempos que, para cada acción, se determine por parte del centro de formación.
2	Desplazarse a otras ciudades o municipios diferentes al domicilio contractual para el cumplimiento del contrato, en caso de que se requiera.
3	Presentar agendas e informes de legalización correspondientes a las órdenes de desplazamiento, cuando a esto se diere lugar, en un plazo máximo de 5 días, posteriores a la finalización de la comisión.

AGENDA

ACTIVIDADES ((Deberá contener información detallada de las tareas a realizar día a día)

Día 1 : 29/08/2024
Desplazamientos ruta de ida: Aguachica- La curva
Medio de transporte: terrestre
Actividades a ejecutar: Impartir formación del curso complementario ESTABLECMIENTO DE ESTANQUE PARA PECES asignadas de manera presencial de la fichas de formación ejecutada en el corregimiento de La Curva
Desplazamientos Ruta de regreso: La Curva- Aguachica

FIRMA ORDENADOR DE GASTO:	**FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO :**	**FIRMA DEL CONTRATISTA:**
Firmado digitalmente por SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO Fecha: 2024.08.12 09:33:52 -05'00'	Firmado digitalmente por JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA Fecha: 2024.08.09 10:48:29 -05'00'	
SADY TORCOROMA CASELLE OSORIO	**JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA**	
Subdirectora de Centro (E)	**Coordinador Académico**	**Isaí Salazar Real**

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA Aguachica – Cesar 11/10/2024

PRESENTADO A: SADY CASELLES OSORIO

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
132724	29/08/2024	29/08/2024
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
	Cesar/Centro Agroempresarial	La Curva (San Martín)

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:

- IMPARTIR FORMACIÓN DEL CURSO COMPLEMENTARIO ESTABLECMIENTO DE ESTANQUE PARA PECES ASIGNADAS DE MANERA PRESENCIAL DE LA FICHAS DE FORMACIÓN EJECUTADA EN EL CORREGIMIENTO DE LA CURVA

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. 1. Desplazarme hacia el Corregimiento de La Curva (San Martín)
2. Impartir formación profesional integran en el programa complementaria establecimiento de estanque para peces en el corregimiento de La Curva (San Martín) - Aguachica
3. Realizar adecuación del terreno
4. Desplazarme hacia el municipio de Aguachica

RESULTADOS:

Realizar adecuación de los estanques para peces

EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

1. Registro Fotográfico
2. Lista de Asistencia

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Impartir formación profesional integran programa complementaria establecimiento de estanque	Isaí Salazar Real	Septiembre
2. Asignación de actividades a los aprendices	Isaí Salazar Real	Septiembre

CONCLUSIÓNES:

1.Aprendices capacitados en complementario establecimiento de estanque

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
Isai Salazar Real	

VISTO BUENO SUPERVISOR

CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador Académico	José Alejandro Orozco Ochoa	Firmado digitalmente por JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA Fecha: 2024.10.15 08:18:54 -05'00'

Evidencias de formación 29 de agosto de 2024





COPIA NO CONTROLADA

LISTA DE ASISTENCIA A FORMACIÓN

NOMBRE DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN: PRODUCCIÓN AGROPECUARIA - LA CURVA

CODIGO DE FICHA: 3058885

No	NOMBRE	CELULAR	FECHA: 15-9-24	FECHA: 22-9-24	FECHA: 27-9-24	FECHA: 5-10-24
1	Sebastian Bautista	3789266237	Sebastian	Sebastian	Sebastian	Sebastian
2	Adrian Amilkar Sanjuan	3184153	Adrian	Adrian	Adrian	Adrian
3	Anderson Cortinecki	3156525	anderson	Anderson	Anderson	Anderson
4	Javier Orlando Pallares	3249586670	Javier	Javier	Javier	Javier
5	Jose Daniel Navarro	3166825	Jose	Jose	Jose	Jose
6	Yedil Jesus Rincon J. L	3784938	Yedil	Yedil	Yedil	Yedil
7	Giselle sandonp		Giselle	Giselle	Giselle	Giselle
8	Andry shaurth Lopez	3215635	Andry	Andry	Andry	Andry
9	James stiven vergel		James	James	James	James
10	Brigitth Tatiana James	3144				
11	Shenith Torres Barbel	3502726	Shenith	Shenith	Shenith	Shenith
12	Gisel Katherine P.	322594	Gisel	Gisel	Gisel	Gisel
13	Liliana Silva Salcedo	3238	Liliana	Liliana	Liliana	Liliana
14	NURY Johana Rojas	3175	NURY	NURY	NURY	NURY
15	Heider Galvis Criado	3017079193	Heider	Heider	Heider	Heider
16	Paula Andrea vega	3117253	Paula	Paula	Paula	Paula
17	Julio cesar Gallo Baños	3017	Julio	Julio	Julio	Julio
18	Yaidarson Pedroza Ayuso	3234	Yaidarson	Yaidarson	Yaidarson	Yaidarson
19	Jhon Estiben Bello Sisa	3114538947	Jhon	Jhon	Jhon	Jhon
20	DYLIAN ALFONSO M.	3136	Dylian	Dylian	Dylian	Dylian
	Kendry Amaris M		Kendry	Kendry	Kendry	Kendry

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

AGUACHICA, 22 de Enero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
AGUACHICA

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:

C.C.	36655101	Alicia Real de Salazar	Madre

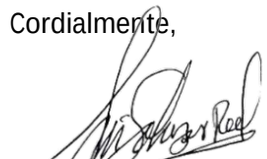
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia sean 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.

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,



ISAI SALAZAR REAL
C.C. 18920909

GERARDO PERDOMO PORTILLO
CONTADOR PÚBLICO TITULADO
T.P. 79.072 – T

CERTIFICA QUE:

ALICIA REAL DE SALAZAR identificada con C.C. 36.655.101 y **NOE SALAZAR SEPULVEDA** identificado con C.C. 4.982.609, **NO** obtienen ingresos**,** por la explotación de alguna actividad económica porque dependen de su hijo **ISAI SALAZAR REAL** identificado con C.C. 18.920.909

Se expide a solicitud del interesado a los Veinte (20) días del mes de Abril del Año Dos Mil Veinticuatro (2024).

GERARDO PERDOMO PORTILLO
C.C. 77.188.599 VALLEDUPAR
T.P. 79.072 – T

Email: serinemii@hotmail.com.co
Tel. 3164982394 - 3106454625
AGUACHICA CESAR

Powered by CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



79072-T

GERARDO
PERDOMO PORTILLO
C.C. 77188599
RESOLUCION INSCRIPCION 64 FECHA 10/05/2001
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

PRESIDENTE JAIME A. HERNANDEZ V.

87915

DOCUMENTO VALIDO PARA TRAMITES DE:
ISAI SALAZAR REAL
ABRIL 20/24

FESA SA 04/2001-25034

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

Powered by CamScanner