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 Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**91530-750022**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	91.111.247	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	elmartinezc@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0839230141
IP/Nº de contacto:	3015435247	**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:	5873619/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**119824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA APOYAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE NIVEL TÉCNICO PROGRAMADA POR EL CENTRO PARA EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EN PL 6 M 2 DIAS VR 4.465.545

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024**	**Al**	**31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 9.079.941
Número de pago	**6**			**Valor Total del Contrato:**	$ 27.090.973
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 4.614.396

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	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	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.618.190**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**31036553**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 18.700	$ 18.700
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		$ 446.555	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 873.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.677.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.618.190,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.465.545,00	
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 - SAN GIL	0,00	0,000%
Reteica - 8551 - SOCORRO	7.443,00	0,500%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
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	**$4.458.102,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA Nº 2706254 AA:Realizar la verificación de los hechos. Fechas: 1-15-22-29 de Octubre T. Horas: 34
FICHA Nº 2742556 AA:Realizar la verificación de los hechos. Fechas: 2-16-23-30 de Octubre T. Horas: 20
FICHA Nº 2709788 AA:Realizar la verificación de los hechos. Fechas: 3-17-24-31 de Octubre T. Horas: 20
FICHA Nº 2709788 AA:Aplicar en la resolución de problemas. Fechas:4-18 de Octubre T. Horas:10
FICHA Nº 2919417 AA:Aplicar matemática financiera. Fechas: 3-17-24-31 de Octubre T. Horas: 20
FICHA Nº 2919417 AA:Aplicar en la resolución de problemas. Fechas: 19 de Octubre de 2024 T. Horas:10
FICHA Nº 2729557 AA:Realizar la verificación de los hechos. Fechas: 4-18-25 de Octubre T. Horas: 15
FICHA Nº 2729557 AA:Aplicar en la resolución de problemas. Fechas: 1-5 de Octubre T. Horas:15. Horas Planeación Pedagógica: 10
FICHA Nº 2742556 AA:Aplicar en la resolución de problemas. Fechas: 16-23 de Octubre T. horas:10 Total Horas Mes Octubre:164

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



ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

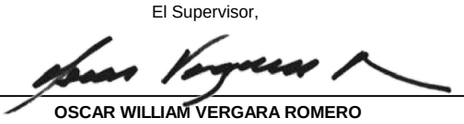
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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 :	ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO
IDENTIFICACIÓN:	CC-91111247
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-10-22
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-10
FECHA DE PAGO:	2024-10-15
ENTIDAD DE PAGO:	BBVA COLOMBIA S.A.
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-09
NÚMERO PLANILLA:	31036553
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31036553
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.787.000	$ 0	$ 0	$ 800	$ 223.400	$ 224.200
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.787.000	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 286.000	$ 287.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.787.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 18.700	$ 18.800
CCF40	890201578	COMFENALCO SANTANDER	1	$ 1.787.000	$ 0	$ 0	$ 200	$ 35.800	$ 36.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 2.200	$ 563.900	$ 566.100

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/11/2024

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BUCARAMANGA, 30 de Mayo 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:

TI	1.100.971.908	Maria Paula Martinez Galofre	Hijo(a)

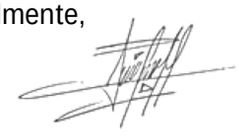
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

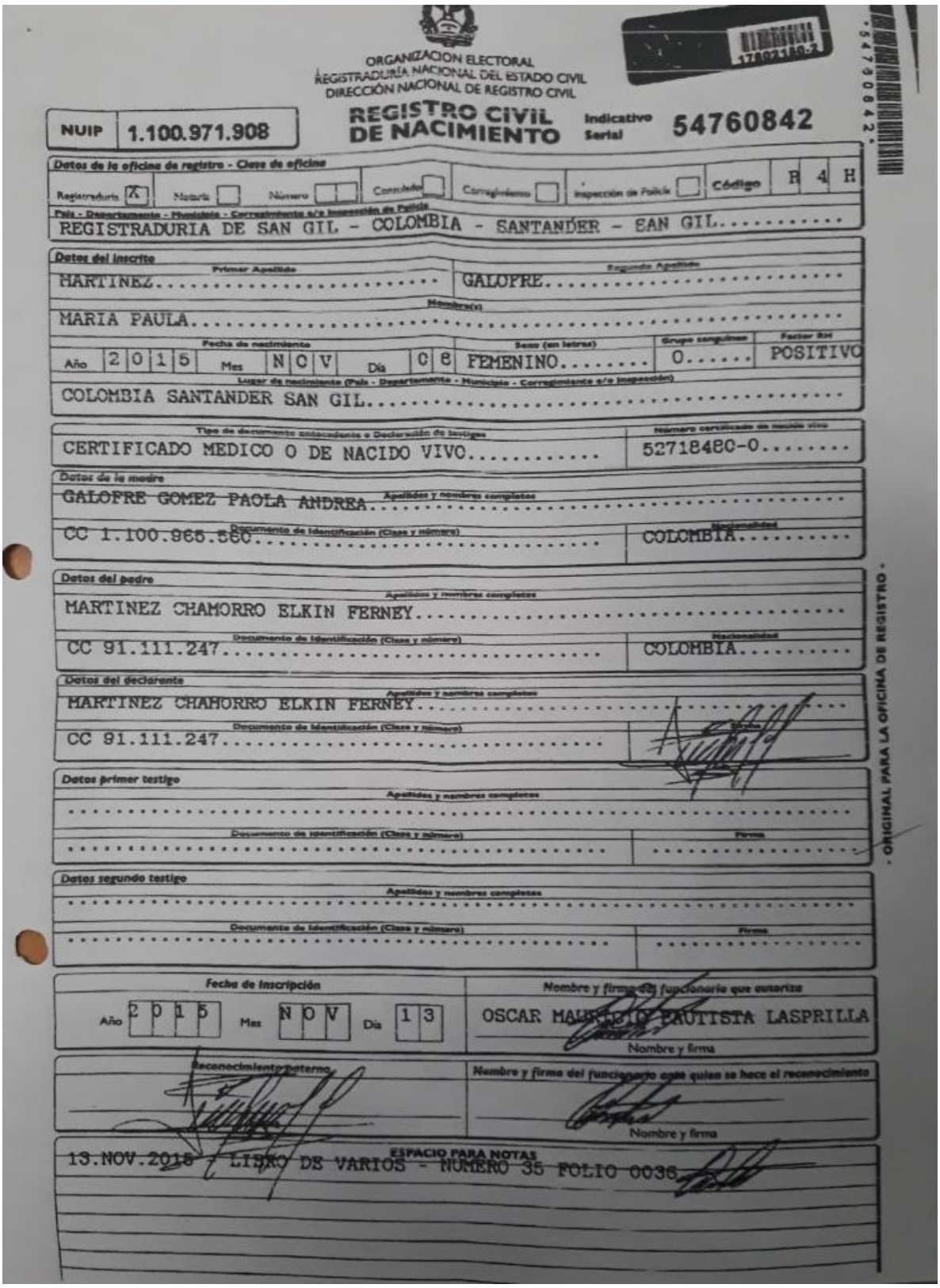
Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad 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,



ELKIN FERNEY MARTINEZ CHAMORRO
C.C. 91111247



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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.100.971.908

Indicativo Serial 54760842

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 4 H

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

REGISTRADURIA DE SAN GIL - COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL

Datos del inscrito

Primer Apellido: MARTINEZ | Segundo Apellido: GALOFRE

Nombre(s): MARIA PAULA

Fecha de nacimiento: Año 2015 Mes NOV Día 08 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA SANTANDER SAN GIL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 52718480-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GALOFRE GOMEZ PAOLA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.100.965.560 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ CHAMORRO ELKIN FERNEY

Documento de identificación (Clase y número): CC 91.111.247 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ CHAMORRO ELKIN FERNEY

Documento de identificación (Clase y número): CC 91.111.247 | Firma

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 2015 Mes NOV Día 13

Nombre y firma del funcionario que autoriza: OSCAR MAURICIO BAUTISTA LASPRILLA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

13.NOV.2015 / LIBRO DE VARIOS - NUMERO 35 FOLIO 0036

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -