

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER-EMPRENDE RURAL		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	31 de Marzo de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	53785-997572
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: GERMAN DARIO GOMEZ AMAYA Correo electrónico contratista: gecomeza@sena.edu.co		C.C. 91.078.683	IP/N° de contacto 3173835437	
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? NO		
Banco al cual consignar: BANCO BBVA		Inducción SST SI		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ? NO		
		Tipo de cta AHORROS		N° Cuenta 336089404
		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: 4583049/2023		N° Compromiso SIIF 13923		
Valor Total del Contrato \$ 41.514.544 Saldo Anterior del Contrato \$ 39.056.446 Nuevo Saldo del Contrato \$ 34.959.616	N° Pago 2	Periodo objeto de pago Del 01/03/2023 Al 31/03/2023		Valor Bruto Pago \$ 4.096.830,00
		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios profesionales como instructor técnico aportando en la planeación y ejecución de los procesos formativos de los diseños curriculares asignados por la coordinación académica para el cumplimiento de los compromisos institucionales e indicadores del centro de formación en el marco del servicio de formación para el trabajo emprendimiento		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.096.830		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00%		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Retención en la Fuente del Periodo \$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.096.830		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.402.135		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Marzo	Febrero	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.402.135,00
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		7875530651	Base retención en la fuente a título de ICA 3.629.730,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.638.732		\$ 1.160.000	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 204.900		\$ 145.000	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 262.200		\$ 185.600	Menos Retención en la Fuente 0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -		\$ 0	Menos Retención IVA 0,00	
ARL \$ 17.200		\$ 12.200	Reteica - 8299 0,00	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833		\$ -	0,00	
\$ 1.024.207		\$ -	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466		\$ -	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466		\$ -	Otras Retenciones 0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200		\$ -	Otras Retenciones 0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -	Otras Retenciones 0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -	Sobretasa Bomberil 0,00	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ 409.683	Descuentos de embargo (Si tiene) 3.687.147,00	
Salud hasta \$ 678.592		\$ -	VALOR A PAGAR \$409.683,00	
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 800.712		
Retención en la Fuente Contingente \$ -		\$ -		
SON: CUATROCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
*Ficha:2707871*Programa:Producción Agropecuaria Ecológica para la Soberanía Alimentaria*Actividad de Aprendizaje: * Realiza el proceso de alimentación y suministro de agua a la especie animal según su etapa productiva y procedimiento de acuerdo a recomendación técnica. *Fechas Inicio:03 de Marzo*Fechas fin: 11 de Marzo *Horas total mensual de la ficha: 32 *Ficha: 2732684 *Programa: Producción Agropecuaria Ecológica para la Soberanía Alimentaria*Actividad de Aprendizaje: * Dispone de las instalaciones, áreas de siembra forrajeras, maquinas, equipos, Insumos y Herramientas utilizadas para la alimentación de la especie animal según procedimiento y criterios técnico *Fechas Inicio: 20 de Marzo *Fechas fin: 28 de Marzo *Horas total mensual de la ficha: 32*Ficha: 2720075 *Programa: Producción Agropecuaria Ecológica*Actividad de Aprendizaje:* Dispone de las instalaciones, áreas de siembra forrajeras*Fechas Inicio: 15 de Marzo *Fechas fin: 23 de Marzo *Ficha: 2738305 Hrs Mes: 32 *Programa: Emp Producción de Huevo Actividad de Aprendizaje: verificar cumplimiento del programa de bioseguridad y plan sanitario *Horas total mensual de la ficha: 24 HRS ADICIONALES:21 TOTAL HORAS MES:141				
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.				
			GERMAN DARIO GOMEZ AMAYA 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,	
			OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO INSTRUCTOR G18	
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				
TULIO ALEXANDER BAUTISTA RODRIGUEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA										
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		91078683		NÚMERO PLANILLA:		7875530651		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:				GERMAN DARIO GOMEZ AMAYA				PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		febrero AÑO		2023	
CIUDAD/MUNICIPIO:		SAN GIL		DEPARTAMENTO:		SANTANDER		DÍAS DE MORA:		6		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES	
DIRECCIÓN:		PARCELA 16 SECTOR EL RAIZON, PINCHOTE		TELÉFONO:		7240000		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/27		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1989706502	
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE									
TIPO EMPRESA:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Cría de ovejas y cabras.									
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO													
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):				NO											

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 373.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 2.800	\$ 0	\$ 373.600	\$ 2.800	\$ 376.400
SUBTOTALES:										\$ 373.600	\$ 2.800	\$ 376.400

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 291.900	\$ 0	\$ 2.200	\$ 0	\$ 291.900	\$ 2.200	\$ 0	\$ 294.100	
SUBTOTALES:													\$ 291.900	\$ 2.200	\$ 0	\$ 294.100	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 24.400	\$ 24.400	\$ 200	\$ 0	\$ 24.600
SUBTOTALES:									\$ 24.400	\$ 200	\$ 0	\$ 24.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																									
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SEGURO					SALUD					ARP			DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO			TOTAL APORTE	ADMIN					TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	
1	CC 91078683	GOMEZ AMAYA GERMAN DARIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 2.335.000				NO																		230301-PORVENIR	30		\$ 2.335.000	\$ 373.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 373.600	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30		\$ 2.335.000	\$ 291.900	\$ 0	\$ 291.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30		\$ 2.335.000	1234	\$ 24.400	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL

\$ 695.100

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 31 de Marzo de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1097788552	ALEJANDRO GOMEZ PADILLA	HIJO
NUIP- NIP	1100977671	JACOBO GOMEZ ALVAREZ	HIJO

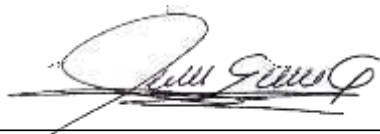
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: GERMÁN DARÍO GÓMEZ AMAYA

C.C. 91.078.683 DE SAN GIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1097788552

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50586111

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina						
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 09	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código Q 7 E
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA						

Datos del inscrito						
Primer Apellido			Segundo Apellido			
GOMEZ			PADILLA			
Nombre(s)						
ALEJANDRO						
Fecha de nacimiento						
Año 2011	Mes DIC	Día 24	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Paciente	
Masculino			Paciente			
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 DE NACIDO VIVO	10986374-2

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
PADILLA CASTRO SANDRA MILENA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 22.521.988	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
GOMEZ AMAYA GERMAN DARIO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.078.683	COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
GOMEZ AMAYA GERMAN DARIO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.078.683	

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 2012 Mes ENE Día 20	GERMAN TELLEZ GOMEZ
	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 -



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



NUIP 1.100.977.671

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60146296

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ 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 Segundo Apellido

GOMEZ ALVAREZ

Nombre(s)

JACOBO

Fecha de nacimiento

Año 2020 Mes MAR Día 08 SEXO (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH 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

15907501-1

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

ALVAREZ MARTINEZ NUBIA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 63.554.617

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

GOMEZ AMAYA GERMAN DARIO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 91.078.683

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GOMEZ AMAYA GERMAN DARIO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 91.078.683

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

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año 2020 Mes MAR Día 13

OSCAR MAURICIO BAUTISTA LASPRILLA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

13.MAR.2020 - LIBRO DE VARIOS - 042 FOLIO 0165

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -