

 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				Código Regional	68
					Código Centro	954110
					Fecha Elaboración	30 Noviembre de 2023
					Versión	ENERO 2023 - 1,23
				ID de Proceso	15502-348857	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos contratista:		YADER MAURICIO BETANCOURT CRUZ		C.C.	79.795.555	IP/Nº de contacto
Correo electrónico contratista:		ymbetancourt@sena.edu.co		3213358459		
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?		NO	Es declarante de renta?	NO
Banco al cual consignar:		NCO AGRARIO DE COLOMB		Inducción SST	SI	Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		Presta Servicios Excluidos de IVA ?		NO
				Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta
				460420168501		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						
Nº del contrato:		5332969/2023		Nº Compromiso SIIF		179023
Valor Total del Contrato		\$ 12.379.500		Período objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato		\$ 5.588.460		Del 01/11/2023 Al 30/11/2023		\$ 3.395.520,00
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 2.192.940		Legalización comisiones del periodo		\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL:		Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor, para orientar la formación profesional programada por el centro de formación en la red de conocimiento pecuaria en el área temática producción ganadera y de especies menores				
(Descripción del servicio prestado)						
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 3.395.520		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		\$ 3.395.520		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.990.926		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a título de RENTA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.358.208		\$ 1.358.208		Base retención en la fuente a título de ICA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 169.800		\$ 169.800		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 217.400		\$ 217.400		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retención en la Fuente
ARL		\$ 14.200		\$ 14.200		Menos Retención IVA
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 8.835.833		\$ -		Reteica - 8299
\$ 848.880		\$ -		\$ -		
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466		\$ -		\$ -		
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466		\$ -		\$ -		Otras Retenciones
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200		\$ -		\$ -		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		\$ -		\$ -		Sobretasa Bomberil
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -		
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ 339.552		\$ -		Descuentos de Libranza
Salud hasta \$ 678.592		\$ -		\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 663.642		\$ -		
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		\$ -		VALOR A PAGAR
						\$3.395.520,00
SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
formacion profesional integral complementaria implementacion de practicas manejo de colmenas municipio de curiti programa 76130649						
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.						
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				YADER MAURICIO BETANCOURT CRUZ EL CONTRATISTA		
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO INSTRUCTOR G19		
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.						
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						
JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON						
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						



RAZON SOCIAL :	YADER MAURICIO BETANCOURT CRUZ
IDENTIFICACION:	CC-79795555
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-11-09
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-11-15
FECHA DE PAGO:	2023-11-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2023-10
PERIODO SALUD:	2023-10
NUMERO PLANILLA:	8627693301
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8601454300
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	1	\$ 1.358.210	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 169.800	\$ 169.800
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.358.210	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 217.400	\$ 217.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.358.210	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 14.200	\$ 14.200
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 401.400	\$ 401.400

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/12/2023
----------------------------------	------------



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 de Noviembre de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

San Gil

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.	1117132778	SHALOM ALEJANDRA BETANCOURT	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: YADER MAURICIO BETANCOURT CRUZ

C.C. 79795555

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1117132778

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo 39646765
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	W	7	E
COLOMBIA ARAUCA ARAUCA															

Datos del inscrito																	
Primer Apellido								Segundo Apellido									
BETANCOURT								CASTANEDA									
Nombre(s)																	
SHALON ALEJANDRA																	
Fecha de nacimiento																	
Año	2	0	0	6	Mes	D	I	C	Día	0	7	Sexo (en letras)	FEMENINO	Grupo Sanguíneo	O	Factor RH	POSITIVO..
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)																	
COLOMBIA ARAUCA ARAUCA																	

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos															
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO															
Número certificado de nacido vivo															
A6273370															

Datos de la madre															
Apellidos y nombres completos															
CASTANEDA TORRES SOL PIEDAD															
Documento de identificación (Clase y número)															
C.C. 52.251.589 DE SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.															
Nacionalidad															
COLOMBIANA															

Datos del padre															
Apellidos y nombres completos															
BETANCOURT CRUZ YADER MAURICIO															
Documento de identificación (Clase y número)															
C.C. 79.795.555 DE SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.															
Nacionalidad															
COLOMBIANA															

Datos del declarante															
Apellidos y nombres completos															
CASTANEDA TORRES SOL PIEDAD															
Documento de identificación (Clase y número)															
C.C. 52.251.589 DE SANTA FE DE BOGOTÁ D.C.															
Firma															
Sol Piedad Castaneda T.															

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	2	0	0	6	Mes	D	I	C	Día	1	8	Nombre y cargo del funcionario que autoriza			
ORLANDO CASTAÑAS POVEDA												Nombre y firma			

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO