

 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	Noviembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	70419-368443
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		YADER MAURICIO BETANCOURT CRUZ		
Correo electrónico contratista:		ymbetancourt@sena.edu.co		
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		
Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		
Es declarante de renta?		NO		
Es Pensionado?		NO		
Banco al cual consignar:		NCO AGRARIO DE COLOMB		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		
Inducción SST		SI		
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	Nº Pago	3	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 5.588.460	Periodo objeto de pago	Del 01/11/2023 Al 30/11/2023	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 2.192.940	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		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		
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	1.990.926,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.358.208	\$ 1.358.208	Base retención en la fuente a título de ICA	3.395.520,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 169.800	\$ 169.800	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 217.400	\$ 217.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL II	\$ 14.200	\$ 14.200	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833	\$ -		Reteica - 8299	0,00
\$ 848.880				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	\$ -			10,000%
Dependientes hasta \$ 1.357.184	\$ 339.552		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 678.592	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
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 96 horas				
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.			 YADER MAURICIO BETANCOURT CRUZ 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 G19	
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 PATRICIO SUAREZ HURTADO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				



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												Número certificado de nacido vivo			
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												Nombre y cargo del funcionario que autoriza			
Año	2	0	0	6	Mes	D	I	C	Día	1	8	ORLANDO CASTAÑAS POVEDA			
												Nombre y firma			

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO