

 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	22 de Octubre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	94509-004110
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		YADER MAURICIO BETANCOURT CRUZ	C.C.	79.795.555
Correo electrónico contratista:		ymbetancourt@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3213358459
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
			Es declarante de renta?	NO
			Es Pensionado?	NO
Banco al cual consignar:		BANCO AGRARIO DE COLOMB	Inducción SST	SI
			Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO	Tipo de cta	AHORROS
			N° 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				
N° del contrato:		5332969/2023	N° Compromiso SIIF	179023
Valor Total del Contrato		\$ 12.379.500	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 8.983.980	Del	01/10/2023
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 5.588.460	Al	31/10/2023
			Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor, para orientar la formacion profesional programada por el centro de formacion 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 Retencion en la Fuente ART 383°	
			Retencion en la Fuente del Periodo	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.395.520	Menos, Retefuente Otros Ingresos	
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				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.358.208	\$ 1.358.208	Base retención en la fuente a titulo 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 II		\$ 14.200	\$ 14.200	Menos Retencion 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		\$ -		
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200		\$ -		
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ 339.552		
Salud hasta \$ 678.592		\$ -		
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				
ficha 2862979 competencia Manejar colmena según criterios técnicos y normativa ambiental. 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 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 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				
JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON				
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	YADER MAURICIO BETANCOURT CRUZ
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-79795555
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2023-10-18
INDENTIFICACION EMPLEADO	CC-79795555
NOMBRE EMPLEADO	YADER MAURICIO BETANCOURT CRUZ
EPS	COOPERATIVA DE SALUD COOSALUD E.S.S
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	27980426
REFERENCIA PAGO(PIN)	
TIPO PLANILLA	I
PERIODO PENSIÓN	2023-09
PERIODO SALUD	2023-09
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	3711001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	2023-09-01
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sin inicio	Fecha Sin Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
X	1/09/23																											0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.358.210	0,1600000	\$ 217.400	\$ 0	\$ 0	\$ 217.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.358.210	0,1250000	\$ 169.800	\$ 0	0	\$ 0	0	\$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.358.210	0,0104400	\$ 14.200	899999032

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	\$ 0	0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0	0,0000000	\$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
\$ 217.400	\$ 169.800	\$ 14.200	\$ 0	\$ 401.400



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 31 de octubre 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
					07 FEMENINO				
					Grupos Sanguíneos				
					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
					18				
					ORLANDO CASTAÑAS POVEDA				
					Nombre y firma				

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO