

 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	Setiembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	77537-707529
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: LUZ YADIRA SILVA FORERO Correo electrónico contratista: lysilva@sena.edu.co		C.C. 1.100.959.774	IP/N° de contacto 0	
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO		
Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA		Inducción SST ☐ SI		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: ☐ NO		Es declarante de renta? ☐ NO		
		Es Pensionado? ☐ NO		
		Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI		
		Tipo de cta AHORROS		
		N° Cuenta 311367403		
		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:		5289467/2023		N° Compromiso SIIF
				172523
Valor Total del Contrato	\$ 16.387.320	N° Pago	2	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 14.202.344	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 10.105.514	Del	01/09/2023	Al 30/09/2023
		Legalización comisiones del periodo		\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL:		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 de salud en el area tematica apoyo terapeutico		
(Descripción del servicio prestado)				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 4.096.830	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.096.830	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.385.035	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	Setiembre	Agosto		
	27562802			
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.638.732	\$ 1.160.000	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.385.035,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 204.900	\$ 145.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.096.830,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 262.200	\$ 185.600	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
ARL III	\$ 40.000	\$ 28.300	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833	\$ -	Menos Retencion IVA 0,00 15%	
\$ 1.024.207	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 0,00 0,600%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 4.241.200	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Sobretasa Bomberil 0,00 10,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 409.683	VALOR A PAGAR	
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	\$4.096.830,00	
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 795.012		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: CUATRO MILLONES NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ficha: 2831187: Primeros Auxilios CC: Asistir personas segun protocolo de primer respondiente (del 01 al 04 de septiembre - 12 Hr) Ficha: 2831458: Primeros Auxilios CC: Asistir personas segun protocolo de primer respondiente (del 01 al 04 de septiembre - 12 Hr) Ficha: 2841890: Primeros Auxilios CC: Asistir personas segun protocolo de primer respondiente (del 12 al 20 de septiembre - 48 Hr) Ficha: 2841065: Primeros Auxilios CC: Asistir personas segun protocolo de primer respondiente (del 09 al 17 de septiembre - 48 Hr) Ficha: 2841921: Primeros Auxilios CC: Asistir personas segun protocolo de primer respondiente (del 19 al 30 de septiembre - 20 Hr) Ficha: 2851081: Soporte vital básico CC: Brindar soporte vital básico a un paciente de urgencias (del 26 al 29 de septiembre - 20 Hr) TOTAL HORAS: 160 HRS				
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				
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,				
SERGIO IVAN VARGAS TANGUA INSTRUCTOR G16				
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 :	LUZ YADIRA SILVA FORERO
IDENTIFICACION:	CC-1100959774
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-09-12
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-09-18
FECHA DE PAGO:	2023-09-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2023-08
PERIODO SALUD:	2023-08
NUMERO PLANILLA:	27562802
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	27562802
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.880.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 235.000	\$ 235.000
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.880.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 300.800	\$ 300.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.880.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 45.800	\$ 45.800
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 581.600	\$ 581.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	18/10/2023
----------------------------------	------------



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 de septiembre 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.	1.100.969.129	ELIZABETH SOFIA OLARTE SILVA	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: LUZ YADIRA SILVA FORERO
C.C. 1.100.959.774

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.100.969.129

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51738201

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina													
Registraduría	☒	Notaría	☐	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	R 4
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía													
REGISTRADURIA DE SAN GIL - COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL.....													

Datos del inscrito														
Primer Apellido							Segundo Apellido							
OLARTE.....							SILVA.....							
Nombre(s)														
ELIZABETH SOFIA.....														
Fecha de nacimiento							Sexo (en letras)			Grupo sanguíneo			Factor RH	
Año	2	0	1	4	Mes	A	B	R	Día	1	6	FEMENINO.....	O.....	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)														
COLOMBIA SANTANDER SAN GIL.....														

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	12494209-3.....

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
SILVA FORERO LUZ YADIRA.....	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.100.959.774.....	COLOMBIA.....

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
OLARTE GARCIA ALEXANDER.....	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.100.952.583.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
OLARTE GARCIA ALEXANDER.....	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.100.952.583.....	

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 2 0 1 4 Mes A B R Día 2 1	OSCAR BAUTISTA LASPRILLA
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -