SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO NACIONAL DE ASISTENCIA TECNICA A LA INDUSTRIA-TECNOACADEMIA

Código Regional	**76**
Código Centro	**923010**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**96510-906388**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	YOHAN EDUARDO CADENA CLAVIJO	**C.C.**	86.070.939	**IP/Nº de contacto**	24002
Correo electrónico contratista:	yecadena9@misena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO BBVA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 0735168031

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: 4488608/2023 **Nº Compromiso SIIF** **2823**

Valor Total del Contrato	$ 57.783.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 57.607.900	**2**	**Del**	**01/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 5.253.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 52.354.900		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN LA LÍNEA DE TIC DE LA TECNOACADEMIA FIJA DEL ECOSISTEMA SENNOVA, PARA GESTIONAR ACTIVIDADES DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN A LOS APRENDICES, PARA LA VIGENCIA 2023. (2023- 021

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.253.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 175.100			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.428.100**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.366.150**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**25519957**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 2.101.200	$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 262.700	$ 145.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 336.200	$ 185.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 11.000	$ 6.100
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.357.025	$ -	
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	$ 185.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 145.000	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 6.100	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.122.050	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.366.150,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.654.100,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	26.265,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$5.226.735,00**	

SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL SETECIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Verificar y entregar en formato pdf la guia del curso que esté codificada. Actualizar la lista de chequeo.
Ajustar y actualizar 32 planes de sesión en modalidad presencial para la formación de la línea de TIC en el primer semestre.
Participar en la planeación y construcción para el proceso de sensibilización, inducción, socialización del manual de convivencia.
Realizar la depuración de la base de datos de aprendices del año 2022 y asistencia presencial a la instituciones educativas.
Revisar y actualizar el inventario, mobiliario, materiales de formación y equipos de la línea de TIC
Realizar adecuación del ambiente de formación de la línea teniendo en cuenta los lineamientos de seguridad y salud en el trabajo y 5S.
Participar en las reuniones convocadas por la dinamizadora de la Tecnoacademia y del Centro ASTIN.

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.

YOHAN EDUARDO CADENA CLAVIJO
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,

CESAR ANDRES AMAYA HOYOS
PROFESIONAL G09

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

CAROLINE PEREA CABAL
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-86070939 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2023-01	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	185.600	0	185.600
Período salud:	2023-01	EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	0	145.000	0	145.000
Planilla Nro.:	25519957 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	6.100	0	6.100
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2023-02-07	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BBVA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1906594327	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
				GRAN TOTAL					$ 336.700

PAGADO

PLANILLA NRO. 25519957 Tipo I 2023 01

ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
CC	86070939	JOHAN EDUARDO CADENA CLAVIJO	ÚNICO	0	0	2023-01	2023-01	25519957		PRIVADA	I	14-23	86

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
CALLE 58B 2 20	CALI	1	VALLE	76	3134663079	4315800	KADOSH_DEI@HOTMAIL.COM	8299	0	1	2023-02-08	2023-02-09

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS037	900156264	145000	0	0	0	0	0	145000	0	0	0	145000	0	0	0	0	145000	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
25-14	900336004	185600	0	0	0	0	0	0	185600	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-23	860011153	6100	0	0	0	6100	0	0	6100	0	0	0	6100

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	0	0	0	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

NÚMERO ADMINISTRADORAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	0

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA	
PENSIONES	185600
SALUD	145000
RIESGOS LABORALES	6100
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	336700

PAGADO

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cali,16 de febrero de 2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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:

C.C.	**40375834**	**Susana Clavijo Naranjo**	**Madre**

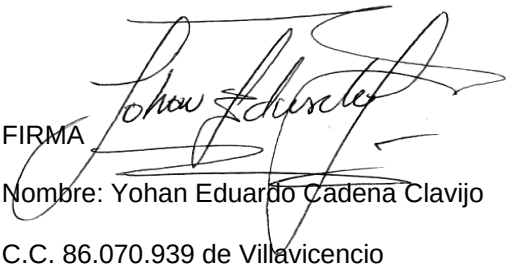
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Es mi madre quien se encuentra en situación de dependencia por ausencia de ingresos.

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 dela 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: Yohan Eduardo Cadena Clavijo

C.C. 86.070.939 de Villavicencio



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 40.375.834

CLAVIJO NARANJO

APELLIDOS

SUSANA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-MAY-1965

VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

11-DIC-1983 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-5200100-00156216-F-0040375834-20090513 0011483165A 1 6740007407

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO

CERTIFICA

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 5 del parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, la señora **SUSANA CLAVIJO NARANJO** identificado(a) con la cédula de ciudadanía N°. 40.375.834, residente de la ciudad de Villavicencio - Meta, es la madre del señor **YOHAN EDUARDO CADENA CLAVIJO**, identificado con cédula de ciudadanía N°. 86.070.939 residente en la ciudad de Cali, Valle del Cauca.

Que en la actualidad la señora **SUSANA CLAVIJO NARANJO** no obtiene ingresos propios, por lo cual cumple los criterios para que pueda figurar como dependiente del señor **YOHAN EDUARDO CADENA CLAVIJO.**

La presente certificación se expide para que sea presentada por el señor **YOHAN EDUARDO CADENA CLAVIJO** ante el SENA Centro ASTIN.

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Cali, a los 16 días del mes de febrero de 2023.



MARIELLA CABRERA
C.C.:31.924.589
T.P.:41659-T

Correo electrónico:mcabrera321@hotmail.com

Se entrega copia de esta tarjeta profesional como soporte de Certificado de Dependientes del Sr.YOHAN EDUARDO CADENA CLAVIJO, identificado con cédula de ciudadanía N°. 86.070.939



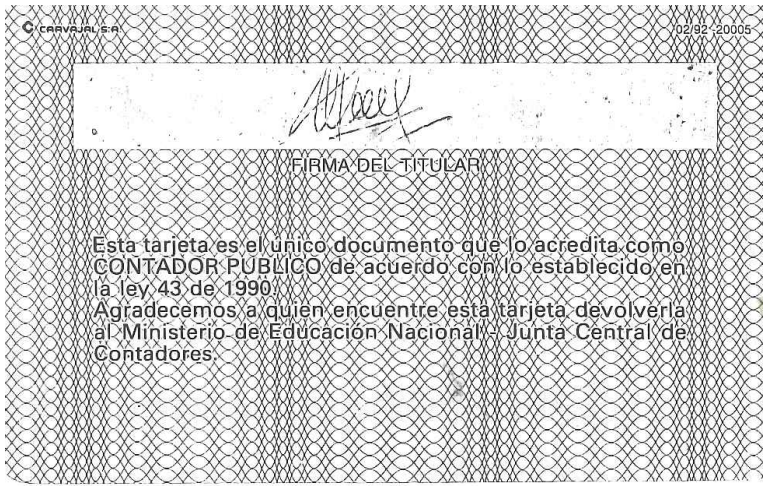
República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

41659-T

MARIELLA
CABRERA
C.C. 31924589
RESOLUCION INSCRIPCION 003 FECHA 02/02/95
UNIVERSIDAD LIBRE

Presidente

00049474



CARVAJAL S.A 02/92 20005

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.