SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL CAUCA**
**CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **19** |
| **Código Centro** | **930710** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **07014-326982** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | DANNY KARLO COLLAZOS VILLEGAS | **C.C.** | 76.326.915 | **IP/Nº de contacto** | 22416 |
| **Correo electrónico contratista:** | dcollazosv@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:** BANCOLOMBIA **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 **Nº Cuenta** 26100003922

**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:** 4508212/2023 **Nº Compromiso SIIF** **6423**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 31.909.333 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 31.266.000 | **2** | **Del** | **01/02/2023** | **Al** | **28/02/2023** | **$ 3.860.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 27.406.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista, impartiendo formación profesional integral presencial, a distancia o virtual; en los programas de titulada regular, del centro de comercio y servicio del SENA Regional Cauca, perteneciente al área o red de conocimiento: Administrativa y Financiera, según las necesidades del servicio, en el o los municipios del departamento

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.860.000 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0,00% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 625 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 643.333 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.503.333** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 625 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.455.650** | | **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** | ---------- | **7866932710** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.544.000 | $ 1.160.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 193.000 | $ 145.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 247.100 | $ 185.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.100 | $ 6.100 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.125.833 | $ - | |
| 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 | $ 185.600 | |
| 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 | $ 450.333 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 818.550 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.455.650,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.419.900,00 | |
| 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 - 300 | 6.840,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 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** | **$3.853.160,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CIENTO SESENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formación profesional integral de manera presencial, mediante la prestación de servicios personales para programa de titulada, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca, para el área de Banca en los programas
ficha 2428891 competencia administrar el riesgo RA 273034 a partir del 25 de enero de 2023
ficha 2502372 competencia formalizar las operaciones de crédito RA 272989 desde el 10 de octubre de 2022
ficha 2620267 competencia Promover la interacción RA 272792 a partir del 1 de noviembre de 2022
ficha 2620267 competencia dar asesoria RA 272947 a partir del 21 de febrero de 2023
ficha 2618297 Competencia Promover la interacción RA 272792 a partir del 1 de noviembre de 2022
ficha 2618297 competencia dar asesoria RA 272947 a partir del 22 de febrero de 2023
ficha 2617584 y 2502328 competencia básicas RA asumir actitudes criticas a partir del 1 de febrero de 2023

**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.

**DANNY KARLO COLLAZOS VILLEGAS**
**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,

**ADA LORENA CERON ROSERO**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

**JOHN JAIRO MOTTA CALDERON**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 76326915 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DANNY KARLO COLLAZOS VILLEGAS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | POPAYAN | DEPARTAMENTO: | CAUCA |
| DIRECCIÓN: | CRA 15 13 A 15 | TELÉFONO: | 8366441 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Formación académica no formal. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7866932710** | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | enero | AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | enero | AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 2 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/02/08 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1906601879 | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 500 | $ 0 | $ 185.600 | $ 500 | $ 186.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 185.600** | **$ 500** | **$ 186.100** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 400 | $ 0 | $ 145.000 | $ 400 | $ 0 | $ 145.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 145.000** | **$ 400** | **$ 0** | **$ 145.400** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 6.100 | $ 6.100 | $ 100 | $ 0 | $ 6.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 6.100** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 6.200** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 76326915 | COLLAZOS VILLEGAS DANNY KARLO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.544.000 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | $ 145.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.160.000 | 76326915 | $ 6.100 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 337.700** |

# Comprobante

de pago en línea

## SOI ACH

**Pago realizado por:** DANNY KARLO COLLAZOS VILLEGAS

**Nro. de recibo:** 7866932710

**Descripción del pago:** Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

**Identificación del contribuyente:** 10.80.25.34

**Concepto:** CC

**Razón Social:** 76326915

**Fecha y hora de la transacción:** Martes 7 de Febrero de 2023 10:34:11 PM

**Nro. de comprobante:** 0000094036

**Valor pagado:** $ 337,700.00

**Cuenta:** *******3922

**Bancolombia S.A.**

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Popayán, 23 de enero 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1061703978** | **ARIANA ANDREA COLLAZOS ESCOBAR** | **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,

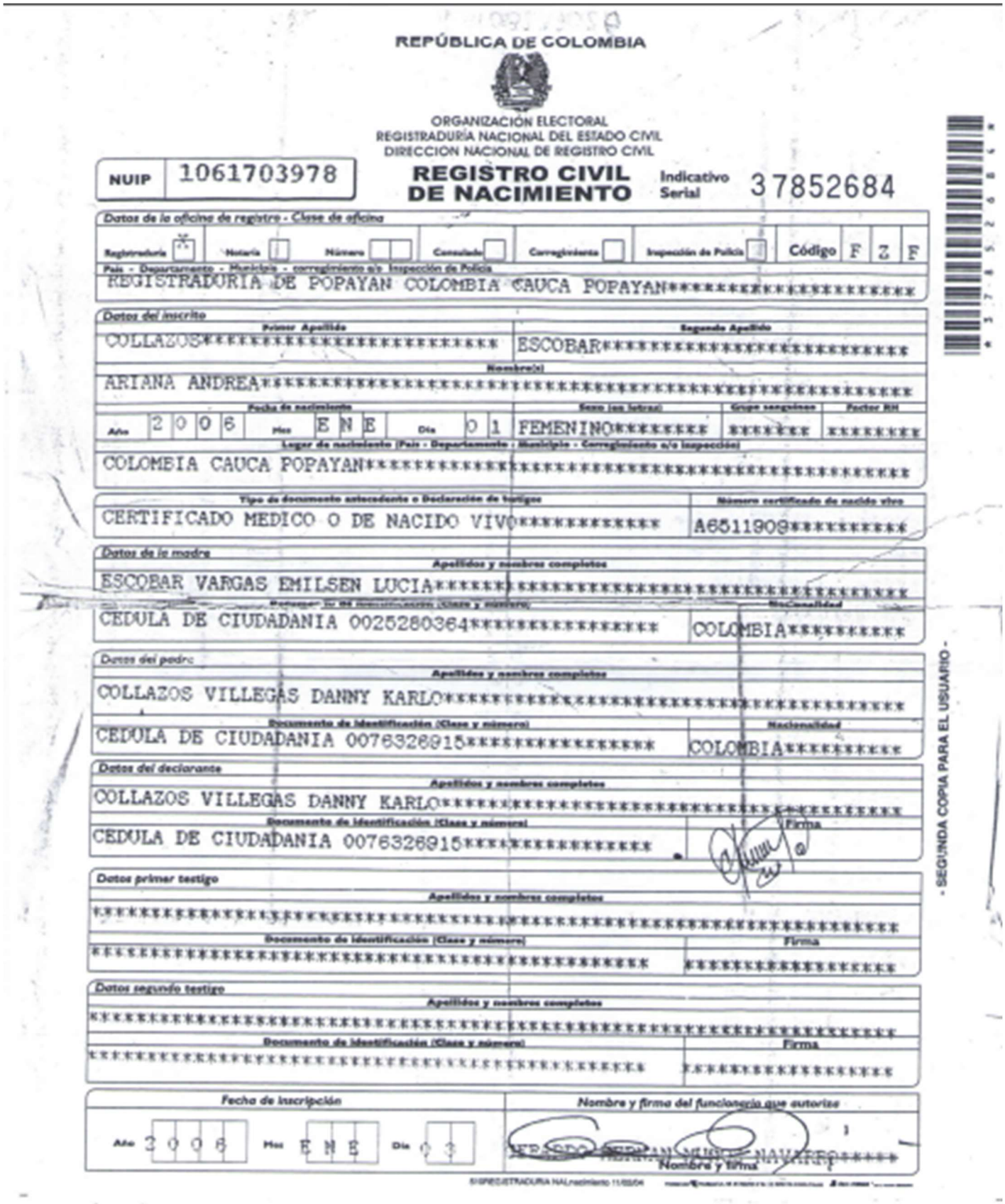


_____
FIRMA

Nombre: DANNY KARLO COLLAZOS VILLEGAS

C.C. 76.326.915 DE POPAYAN

ANEXO DE DOCUMENTOS: REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO:



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1061703978

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 37852684

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregiduría [ ] Inspección de Policía [ ] Código F Z F

País - Departamento - Municipio - corregimiento o/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE POPAYAN COLOMBIA CAUCA POPAYAN**********

Datos del inscrito

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| COLLAZOS********** | ESCOBAR********** |

Nombre(s)

ARIANA ANDREA**********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2006 Mes ENE Día 01 | FEMENINO******** | ******* | ******** |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA CAUCA POPAYAN**********

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO********** | A6511908********** |

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ESCOBAR VARGAS EMILSEN LUCIA**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 0025260364********** | COLOMBIA********** |

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

COLLAZOS VILLEGAS DANNY KARLO**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 0076326915********** | COLOMBIA********** |

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

COLLAZOS VILLEGAS DANNY KARLO**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 0076326915********** | |

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 2006 Mes ENE Día 03 | Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

TARJETA DE IDENTIDAD






**NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO**

## REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

| DEDUCCION | CONCEPTO | REQUISITOS |
|---|---|---|
| DEPENDIENTES | Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. | Registro civil de nacimiento |
| | Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. | Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas |
| | Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | Certificado de Medicina Legal |
| | El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal |
| | Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal |