

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CASANARE CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - SERVICIOS PREST		Código Regional	85
			Código Centro	951910
			Fecha Elaboración	Marzo de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	45155-716405
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: CRISTIAN ADEL DEARMAS ITURRIAGO Correo electrónico contratista: cristiandearmasabogado@outlook.com		C.C. 1.124.012.532 IP/N° de contacto 3204919085		
Régimen del IVA: ☒ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☒ NO		
		Es declarante de renta? ☒ NO		
		Es Pensionado? ☒ NO		
Banco al cual consignar: DAVIVIENDA		Inducción SST ☒ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☒ SI	
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: ☒ NO		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 236000694018	
		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: 4574625/2023		N° Compromiso SIIF 9023		
Valor Total del Contrato \$ 36.153.000 Saldo Anterior del Contrato \$ 36.153.000 Nuevo Saldo del Contrato \$ 33.207.200	N ° Pago 1	Periodo objeto de pago Del 09/02/2023 Al 28/02/2023		Valor Bruto Pago \$ 2.945.800,00
		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA ORIENTAR FPI PRESENCIAL QUE EL CENTRO programe en SEDE PRINCIPAL, SUBSEDES O EN MUNICIPIOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA, PARA RED DE CONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE INTEGRALIDAD, RAD. 85-9-2023-000334.		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 2.945.800		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 \$ 2.945.800		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.731.840		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Febrero	Enero	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		9445889060		
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.178.320		\$ 0		Base retención en la fuente a título de RENTA 1.731.840,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 147.300		\$ 0		Base retención en la fuente a título de ICA 2.609.900,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 188.600		\$ 0		Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL \$ 6.200		\$ 0		Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833		\$ -		Menos Retencion IVA 0,00
\$ 736.450		\$ -		Reteica - 8299 29.458,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466		\$ -		Otras Retenciones 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 \$ -		\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -		Descuentos de Libranza 0,00
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ 294.580		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Salud hasta \$ 678.592		\$ -		
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 577.280		
Retención en la Fuente Contingente \$ -		\$ -		VALOR A PAGAR \$2.916.342,00
SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS DIECISEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
imparti formacion a las fichas 2558052 y 2675375 de Construcción de vías; 2675350 Tratamiento de agua; Imparti formacion a las fichas 2557977 Asistencia Administrativa; 2617307 Gestion de la producción agrícola En la competencia Ejercer derechos fundamentales del trabajo en el marco de la constitución política y los convenios internacionales. Para un total de 117 horas ejecutadas para el mes de febrero				
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 aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.				
		MONICA LUCIA MANCIPE RIVERA INSTRUCTOR G11		
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				
JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1124012532		DEARMAS ITURRIAGO CRISTIAN ADEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 13 N° 26-03	MAICAO-LA GUAJIRA	7266142	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-01	2023-01	1914515949		9445889060	I	2023/02/08	2023/02/13	BANCO DAVIVIENDA	\$338,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
1	CC	1124012532	DE ARMAS ITURRIAGO CRISTIAN ADEL	25-14	30	\$1,160,000	\$185,600	EPS005	30	\$1,160,000	\$145,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,160,000	\$6,100	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)						\$1,160,000	\$185,600			\$1,160,000	\$145,000			\$0	\$0			\$1,160,000	\$6,100		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,600	\$1,100	\$0	\$186,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$185,600	\$1,100	\$0	\$186,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,100	\$100	\$0	\$6,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$6,100	\$100	\$0	\$6,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,000	\$900	\$0	\$145,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$145,000	\$900	\$0	\$145,900
TOTAL				1	\$336,700	\$2,100	\$0	\$338,800

CE-006 - 0000000100 – 2023

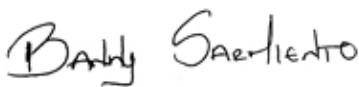
CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1124012532
NOMBRES Y APELLIDOS	De Armas Iturriago,Cristian Adel
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/06/2018
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de De Armas Iturriago,Cristian Adel, a los 01 días del mes de marzo del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

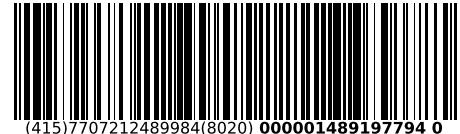


Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14891977940



(415)7707212489984(8020) 000001489197794 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 2 4 0 1 2 5 3 2

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Riohacha

14. Buzón electrónico

2 5

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 1 2 4 0 1 2 5 3 2

27. Fecha expedición

2 0 0 7, 0 1, 1 1

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

La Guajira

4 4

30. Ciudad/Municipio

Maicao

4 3 0

31. Primer apellido

DE ARMAS

32. Segundo apellido

ITURRIAGO

33. Primer nombre

CRISTIAN

34. Otros nombres

ADEL

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

La Guajira

4 4

40. Ciudad/Municipio

Maicao

4 3 0

41. Dirección principal

CL 13 26 03 BRR EL CARMEN

42. Correo electrónico

cristiandearmasabogado@outlook.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 2 0 4 9 1 9 0 8 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

6 9 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 3, 0 2, 1 5

Actividad secundaria

48. Código

8 5 5 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 2 2, 0 2, 1 4

Otras actividades

1

2

8 5 5 1

Ocupación

51. Código

52. Número

establecimientos

1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	2	4	9																					

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN VALOR

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2023 - 02 - 03 / 13 : 26: 41

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre DE ARMAS ITURRIAGO CRISTIAN ADEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE



CERTIFICADO

**YOPAL,
CASANARE,
COLOMBIA,
SENA REGIONAL CASANARE**

01/03/2023

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor CRISTIAN ADEL DE ARMAS ITURRIAGO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1124012532**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	236000694018
Fecha de apertura	10/11/2015

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 28 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:

NUIP - NIP	1243538100	ADEL JOSE DE ARMAS BOLAÑO	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: CRISTIAN ADEL DE ARMAS ITURRIAGO

C.C. 1.124.012.532



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



Adhesivo Copia
Registro Civil

26995221-5

Indicativo
Serial

60607351

NUPI 1243538100

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrada ☒ Notaria ☐ Notario ☐ Corredor ☐ Corredor ☐ Inspección de ☐ Código S 1 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - LA GUAJIRA - MAICAO MAICAO, SOCIEDAD MEDICA CLINICA MAICAO S.A. *****

Datos del inscrito

Primer Apellido BOLAÑO Segundo Apellido

DE ARMAS

Nombre(s) ADEL JOSE

Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH
Año 2 0 2 0 Mes N O V Día 2 4 MASCULINO O POSITIVO

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

COLOMBIA - LA GUAJIRA - MAICAO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

163245373

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con fines matrilíneos, o parientes del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

BOLAÑO JULIO JOSELIS DEL CARMEN

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1010078090

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con fines matrilíneos, o parientes del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

DE ARMAS ITURRIBAGO CRISTIAN ADEL

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1124012532

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DE ARMAS ITURRIBAGO CRISTIAN ADEL

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1124012532

Firma

Cristian A

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

Año 2 0 2 0 Mes N O V Día 2 5

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE ANGEL BRITO GOMEZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO.CN - CERTIFICADO NACIDO VIVO VIRTUAL:25/11/2020

60607351