SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE DISEÑO TECNOLOGICO INDUSTRIAL-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**76**
Código Centro	**922910**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**93733-744058**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LESLY JOHANA BRICEÑO BARONA	**C.C.**	1.144.197.047	**IP/Nº de contacto**	22776
Correo electrónico contratista:	lbricenob@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: DAVIVIENDA **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** 488427320475

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: 4567392/2023 **Nº Compromiso SIIF** **15223**

Valor Total del Contrato	$ 7.918.125	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.595.475	**2**	**Del**	**01/03/2023**	**Al**	**31/03/2023**	**$ 3.167.250,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.428.225		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: Contratar la prestación de servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral como instructor, ejecutando las acciones de formación para el programa acciones Regulares Periodo Fijo en el Centro Diseño Tecnológico Industrial de acuerdo con directrices y lineamientos institucionales para la vigencia 2023. ANÁLISIS DE MUESTRAS

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.167.250		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	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.167.250**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.843.819**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	**Febrero**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7874374441**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.266.900	$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 158.400	$ 145.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 202.800	$ 185.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 30.900	$ 28.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 8.835.833 $ 791.812	$ -	
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	$ 316.725	
Salud hasta	$ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 2.792.123	$ 614.606	
Retención en la Fuente Contingente		$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.843.819,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.806.050,00	
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	15.836,00	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	**$3.151.414,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Solicitud de alistamiento material y reactivos para prácticas de laboratorio. Listado de asistencia de entrega de batas para la ficha
Elaborar plantilla para la elaboración de informes resultantes de práctica de laboratorio.
TAMQ 2671882 Actividad de Aprendizaje: Soluciones. Normalidad. TAMQ 2671882 Taller de concentración de soluciones.
TAMQ 2619879 Actividad de aprendizaje: Muestreo de aguas residuales. Proceso analítico. Taller de recuperación SI de unidades.
Solicitud de materiales para impartir formación, de manera adecuada. TAMQ 2619879 Taller evaluativo plan de muestreo
Asistir a comité académico para el aprendiz Juan Sebastian Padilla.Descargar datos de condiciones ambientales.
Evaluar presentación de informe de la práctica de muestreo para la ficha 2619879. Ejecutar ensayo método del agarre SM23-01 y SM23-02.
Reunión con los instructores Ana Cordoba y Ruben Sanchez, y la pedagoga Yanin para el diseño de desarrollo curricular.
Acompañamiento a los aprendices en la evaluación de conocimiento de Senasofia. Solicitud formal de segunda prueba de URL.

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.

LESLY JOHANA BRICEÑO BARONA
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,

VICTOR HUVER RECALDE RINCONES
INSTRUCTOR

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

ALEX AMED VALENCIA ROJAS
SUBDIRECTOR CDTI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1144197047
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LESLY JOHANA BRICENO BARONA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CR 24 B5 72 D - 11 APTO 200	TELÉFONO:	4315800
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7867743563**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1963243614

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600
SUBTOTAL:			1	**$ 185.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 145.000
SUBTOTAL:			1	**$ 145.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 330.600**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1144197047
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LESLY JOHANA BRICENO BARONA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CR 24 B5 72 D - 11 APTO 200	TELÉFONO:	4315800
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7874374441**		TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	febrero
	AÑO:	2023		AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1968154523

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7867743563	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2023/03/10

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 0
SUBTOTAL:			1	**$ 0**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 0
SUBTOTAL:			1	**$ 0**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 21.000
SUBTOTAL:			1	**$ 21.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 21.000**

Planilla Pagada

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Santiago de Cali, Marzo 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	**1109569848**	**Heily Salome Gómez Briceño**	**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.

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador:
- Registro civil de nacimiento _X_

Cordialmente,



_____
FIRMA

Nombre: Lesly Johana Briceño Barona

C.C. __ 1.144.197.047_____

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1109569848

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60757133

60757133

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [x] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T 9 Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI NOTARIA 4 CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ	BRICEÑO

Nombre(s): HEILY SALOME

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUN Día 17	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	16067693-8

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: BRICEÑO BARONA LESLY JOHANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1144197047	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: GOMEZ PINZON JESUS DUVAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1151955402	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GOMEZ PINZON JESUS DUVAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1151955402	

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 2020 Mes JUN Día 30	SANDRA PATRICIA TOBAR PEREZ (E)
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

SE INSCRIBE CONFORME A LA CIRCULAR CONJUNTA # 37 DEL 27 MARZO/2020 SIN HUELLAS DEL TARES.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Sandra Patricia Tobar P. Notaria Cuarta (E) NOTARIA CUARTA DE CALI

THOMAS GREG & SONS

NOTARIA 4

Se expide la presente copia previa solicitud de Jesus Gomez identificado(a) con cédula de ciudadanía Nº 1151955402 con el fin de demostrar parentesco. El presente documento es fiel copia del Registro Civil de Nacimiento que reposa en los archivos de esta Notaría, en el Tomo _____, Folio 60757133

Valido para: _____

Expedida en Santiago de Cali el 30 JUN 2020

La Notaria Encargada,

Sandra Patricia Tobar P. Notaria Cuarta (E) NOTARIA CUARTA DE CALI

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE

SANDRA PATRICIA TOBAR PEREZ
Notaria Cuarta del Círculo de Cali (E)

Escaneado con CamScanner