

 FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ANTIOQUIA CENTRO TEXTIL Y DE GESTION INDUSTRIAL - ANTIOQUIA - SERVICIOS A LA FORMACION PROFESION	Código Regional	5
	Código Centro	920610
	Fecha Elaboración	30 de Marzo de 2023
	Versión	ENERO 2023 - 1,23
	ID de Proceso	06900-804822

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	DEISY ARIAS CALLEJAS	C.C.	1.020.435.433
Correo electrónico contratista:	darias3345@misena.edu.co	IP/N° de contacto	000
Régimen del IVA:	☒ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☒ SI
		Es declarante de renta?	☒ NO
		Es Pensionado?	☒ NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	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	31107169035
		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:	4560876/2023	N° Compromiso SIIF	11123
Valor Total del Contrato	\$ 19.333.333	N ° Pago	2
Saldo Anterior del Contrato	\$ 16.000.000	Periodo objeto de pago	Del 01/03/2023 Al 31/03/2023
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 12.000.000	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR:CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONTRATISTA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL MARCO DEL PROGRAMA OFERTA REGULAR, TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y VIRTUAL EN EL CTGI REGIONAL AN
---	--

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 4.000.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.000.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.351.700	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
	Marzo	Febrero	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	1052763575	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.351.700,00 TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.600.000	\$ 1.333.333	Base retención en la fuente a título de ICA 3.544.000,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 200.000	\$ 166.700	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 256.000	\$ 213.400	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0%
ARL	\$ 8.400	\$ 7.000	Menos Retencion IVA 0,00 0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833	\$ -		Reteica - 8299 0,00
\$ 1.000.000			- 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466	\$ -		- 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466	\$ -		- 0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200	\$ -		Jaime Isaza Cadavid 16.000,00 0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Dependientes hasta \$ 1.357.184	\$ 400.000		Descuentos de Libranza 0,00
Salud hasta \$ 678.592	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123	\$ 783.900		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR \$3.984.000,00

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Planificación de formación Ejecución de la formación Asistencia a los diferentes encuentros de capacitación SENA Además se puede ver anexo informe de actividades correspondientes al mes de marzo que reposa en el expediente contractual	

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.	DEISY ARIAS CALLEJAS 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, MARIO AUGUSTO TABORDA OSORIO INSTRUCTOR 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

EMILY ELISA CORONADO GARCES
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PAGADA 21/02/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DEISY ARIAS CALLEJAS		
Documento	CC1020435433	Dirección	CR 68 C 59 E 60
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3014641304
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICA
Ciudad	BELLO	Departamento	ANTIOQUIA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1020435433	DEISY ARIASCALLEJAS	59	0																	0	25	25	25	0	PROTECCION	\$1.333.334	\$213.400	EPS SURA	\$1.333.334	\$166.700	0.00522	\$1.333.334	\$7.000	NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$387.100

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, licen- cias,saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1.333.334	\$1.333.334	\$1.333.334	\$0	\$213.400	\$166.700	\$7.000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$387.100	\$0	\$387.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE! 1

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder
de lo SIMPLE!



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte2023-03-11, 01:27:47 PMTipo PlanillaNNúmero Planilla1053332791Referencia pago(PIN)8845365990

Planilla Corregida Nro1052763575Periodo Cotización202302Periodo Servicio202302

Cliente:

PAGADA 2023-03-11 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DEISY ARIAS CALLEJAS				
Documento	CC 1020435433			Dirección	CR 68 C 59 E 60
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Teléfono	3014641304
Tipo Persona	NATURAL			Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BELLO			Total Afiliados	1
Representante Legal				Departamento	ANTIOQUIA
				Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1020435433		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					ARIAS CALLEJAS DEISY	5088000 - 5		ANTIOQUIA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos				Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Días AFP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Días AFP	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
X							C								0	30	30	30	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 42.600	\$ 0	\$ 0	\$ 33.300	\$ 1.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Medellín, 30 de marzo de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1033495447	Maximiliano Marulanda Arias	HIJO
------	------------	-----------------------------	------

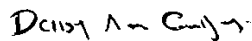
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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

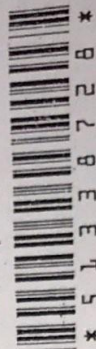
Nombre: Deisy Arias Callejas

C.C. 1020435433

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



NUIP 1033495447

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

518 0128

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 0128

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - BELLO

Datos del inscrito

Primer Apellido MARULANDA Segundo Apellido ARIAS

Nombre(s) MAXIMILIANO

Fecha de nacimiento Año 2013 Mes A60 Día 30 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - BELLO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 12004203-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos ARIAS CALLEJAS DEISY

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 1.020.435.433 BELLO

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos MARULANDA MONTOYA JORGE

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 1.035.424.526 COPACABANA

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ARIAS CALLEJAS DEISY

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 1.020.435.433 BELLO

Firma Y Deisy Arias Callejas

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 2013 Mes SEP Día 26

Nombre y firma del funcionario que autoriza FRANCISCO JULIAN GIRALDO POSADA

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento FRANCISCO JULIAN GIRALDO POSADA

Firma Jorge Marulanda Montoya

ESPACIO PARA NOTAS

ASENTADO LV TOMO 80 FOLIO 691

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO