SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CASANARE
C AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - INTEGRACION CON LA ME

Código Regional	**85**
Código Centro	**951910**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**67773-533981**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE ALBERTO MENDOZA	**C.C.**	9.431.303	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	jamendoza3031349303@misena.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: BANCO BBVA **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 **Nº Cuenta** 906021969

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: 4590603/2023 **Nº Compromiso SIIF** **12423**

Valor Total del Contrato	$ 38.959.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 36.772.300	**2**	**Del**	**01/03/2023**	**Al**	**31/03/2023**	**$ 4.101.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 32.671.300		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL Y BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO TCO PEDAGÓGICO, EN ENTIDADES EDUCATIVAS ARTICULADAS CON EDUCACIÓN MEDIA TCA, RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADTIVA Y FINANCIERA, RAD. 85-9-2023-000372.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.101.000		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	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.101.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.411.025**		**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	----------	**9448022512**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.640.400	$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 205.100	$ 145.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.500	$ 185.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.600	$ 6.100
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.025.250	$ -	
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	$ 410.100	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 803.675	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.411.025,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.633.400,00	
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	41.010,00	1,000%
-	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	**$4.059.990,00**	

SON: CUATRO MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar servicios personales de carácter temporal, para orientar formación profesional y brindar acompañamiento técnico pedagógico programada por el Centro de Formación en el área de influencia del Centro Agroindustrial y Fortalecimiento Empresarial de Casanare.
Se atiende las Instituciones Educativas articuladas con la educación media técnica de acuerdo con los lineamientos emitidos
1. Planeación y desarrollo de actividades para avance en la etapa productiva FICHAS GRADO 11, 2470655, 2470598
2. Planeación y desarrollo de actividades de Inducción FICHAS GRADO 10, 2685593, 2685104, 2685056, 2685105
3. Transferencia Metodologica de procesos inducción; articulación curriculum, matriz de aprendizaje extendida.
4. Se realizaron registro de novedades y de gestión documental a los procesos de matricula.
SE EJECUTARON 160 HORAS DE FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL SEGUN REPORTE DEL APLICATIVO SENA SOFIA PLUS EN EL MES DE MARZO 2023
SE COBRARAN LAS 160 HORAS REQUERIDAS DE ACUERDO AL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO N° CO1.PCCNTR.4590603 PARA EL MES DE MARZO 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.

JOSE ALBERTO MENDOZA
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,

EDWIN ALONSO QUINTERO
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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9431303		MENDOZA JOSE ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 30 N 5 25	YOPAL-CASANARE	6327672	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1982419144	9448022512	I	2023/03/02	2023/03/22	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	20	$345,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	9431303	MENDOZA JOSE ALBERTO	X																	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	No	$336,700
Total	**Afiliados(1)**																						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0		$336,700

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9431303		MENDOZA JOSE ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 30 N 5 25	YOPAL-CASANARE	6327672	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1982419144	9448022512	I	2023/03/02	2023/03/22	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	20	$345,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$4,500	$0	$190,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$4,500	$0	$190,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$200	$0	$6,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$200	$0	$6,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$3,600	$0	$148,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$3,600	$0	$148,600
TOTAL				**1**	**$336,700**	**$8,300**	**$0**	**$345,000**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 31 de marzo de 2023

Señores:
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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	**1.029.667.208**	**JUAN JOSE MENDOZA SOLANO**	**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: José Alberto Mendoza

C.C. 9.431.303 de Yopal

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.029.667.208

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52114139

• 52114139 •

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A F B

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

REGISTRADURIA DE YOPAL-C CASANARE - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MENDOZA	SOLANO

Nombre(s)

JUAN JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes MAR Día 30	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CASANARE YOPAL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	11289493-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SOLANO BERNAL DALIA MILENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.118.533.775	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MENDOZA JOSE ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 9.431.303	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MENDOZA JOSE ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 9.431.303	

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)	

ES FIEL FOTOCOPIA AUTENTICA TOMADA DEL ORIGINAL DEL ARCHIVO DE LA REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL DE YOPAL

REGISTRADOR ESPECIAL DE YOPAL 10 ABR 2012

Adhesivo Copia Registro Civil 9182395-4

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2012 Mes ABR Día 04	WILMAN ALFONSO ALBARRACIN RAMIREZ Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ORXPRES SAS NIT 900.156.826-1 100238573