SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL GUAVIARE
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTR, TURISTICO Y TECNOLOG DEL GUAVIARE- SERVCIOS PRE

Código Regional	**95**
Código Centro	**953310**
Fecha Elaboración	**Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**28660-066244**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARISOL CASTELLANOS DURANGO	**C.C.**	41.937.153	**IP/Nº de contacto**	83521
Correo electrónico contratista:	mcastellanosd@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 ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 82870734863

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: 4510711/2023 **Nº Compromiso SIIF** **5423**

Valor Total del Contrato	$ 20.416.182	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.610.788	**3**	**Del**	**01/04/2023**	**Al**	**30/04/2023**	**$ 3.402.697,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.208.091		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PER/ TEMPORAL, PARA ORIENTAR FORMACIÓN, EN PROG RED SALUD SERV- FARMA/, ENFERMERIA, SERV-PER/, ACT FISICA, RECREA-DEP, AMBIENTALES, LOG Y G. PROD, QUE IMPARTE EL CDATTG, EN GUAVIARE Y SUR META. RDO N. 95-9-2023-000242.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.402.697		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	**$ 3.402.697**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.980.920**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9448737477**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.361.079	$ 1.361.079
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 170.200	$ 170.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 217.800	$ 217.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 33.200	$ 33.200
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 8.835.833	$ -	
	$ 850.674		
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	$ 340.270	
Salud hasta	$ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 2.792.123	$ 660.307	
Retención en la Fuente Contingente		$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.980.920,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.014.697,00	
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	
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	**$3.402.697,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS DOS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Formacion Profesional integral técnico en servicios Farmacéuticos Ficha: 2428713-2713536
2.Formacion Profesional integral Técnico en enfermería Ficha: 2560278
3.Formacion Profesional integral Técnico Apoyo administrativo en Salud Ficha: 2404898
4.Seguimiento a Etapas Productivas Técnico Apoyo administrativo en Salud Ficha: 2281881
5.Formacion Complementaria Primeros Auxilios
6.Desarrollo Curricular

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.

Marisol Castellanos D.

MARISOL CASTELLANOS DURANGO
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,

NANCY GIANNINI VELASCO CARVAJAL
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

LUZ PIEDAD ECHEVERRY QUICENO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 41937153		CASTELLANOS DURANGO MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 24 962	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2015619670	9448737477	I	2023/05/12	2023/04/10	BANCOLOMBIA	0	$421,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	41937153	CASTELLANOS MARISOL	230301	30	$1,361,100	$217,800	EPS037	30	$1,361,100	$170,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,361,100	$33,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,361,100**	**$217,800**			**$1,361,100**	**$170,200**			**$0**	**$0**			**$1,361,100**	**$33,200**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$217,800	$0	$0	$217,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$217,800	$0	$0	$217,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,200	$0	$0	$33,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$33,200	$0	$0	$33,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$170,200	$0	$0	$170,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$170,200	$0	$0	$170,200
TOTAL				1	$421,200	$0	$0	$421,200

2023/04/10 12:28 PM

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que CASTELLANOS DURANGO MARISOL identificado(a) con CC 41937153 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para MARISOL CASTELLANOS DURANGO identificado(a) con CC 41937153

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9448737477	2015619670	I	2023-04-10	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-04	30																		$1,361,100	12.5%	$170,200
9448737477	2015619670	I	2023-04-10	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-04	30																		$1,361,100	16%	$217,800
9448737477	2015619670	I	2023-04-10	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-04	30																		$1,361,100		$0
9448737477	2015619670	I	2023-04-10	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-04	30																		$1,361,100		$0
9448737477	2015619670	I	2023-04-10	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-04	30																		$0	0%	$0
9448737477	2015619670	I	2023-04-10	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-04	30																		$0	0%	$0
9448737477	2015619670	I	2023-04-10	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-04	30																		$1,361,100	2.436%	$33,200

Este certificado se expide el día 2023-04-10 a las 12:29.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 10 de abril 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.	**1120561712**	**Kevin Santiago Prada Castellanos**	**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,

Marisol Castellanos D.

_____
FIRMA

Nombre: Marisol Castellanos Durango

C.C. 41.937.153

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 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 Certificado de Medicina Legal

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

NUIP 1120564712

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39849035

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 2 R

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PRADA	CASTELLANOS

Nombre(s)

KEVIN SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes ABR Día 07	MASCULINO	O	+

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

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	A 7156678

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CASTELLANOS DURANGO MARISOL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0041937153	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PRADA RUIZ LISANDRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0086059191	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PRADA RUIZ LISANDRO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0086059191	Lisandro Prada Ruiz

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 2007 Mes ABR Día 13	NOREDY GISELA ROYERO SANCHEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Lisandro Prada Ruiz Firma	NOREDY GISELA ROYERO SANCHEZ Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO—

Scanned by CamScanner