SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ANTIOQUIA
CENTRO PARA EL DESARROLLO DEL HABITAT Y LA CONSTRUCCION-ANTIOQUIA - SERVICIOS PRES

Código Regional	**5**
Código Centro	**920310**
Fecha Elaboración	**30 de Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**28070-335299**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARLY YULAY RUIZ JARAMILLO	**C.C.**	43.911.454	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	myruiz@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI
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:	SI	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	729228064
		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:	4609876/2023			**Nº Compromiso SIIF**	**10223**		
Valor Total del Contrato	$ 38.991.238	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.719.920	**3**	**Del**	**01/04/2023**	**Al**	**30/04/2023**	**$ 4.089.990,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.629.930		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR 5_9203_ 140 IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL MEDIANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN LOS DISTINTOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE LA OFERTA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.089.990		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	**$ 4.089.990**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.411.018**		**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	----------	**7873896312**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.635.996	$ 1.635.996
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.500	$ 204.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 261.800	$ 261.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL V	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.022.497	$ -	
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	$ 408.999	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 803.673	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.411.018,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.623.690,00	
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	0,400%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	16.360,00	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	**$4.073.630,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecuté formación en las siguientes fichas: 2599109, 2695821, 2664244, 2531330, 2609592, 2539841, 2671994.
Orienté procesos formativos de acuerdo con los proyectos formativos, planeación pedagógica y guías de aprendizaje.
Acompañé la formación titulada en las fichas relacionadas en la obligación 5 en los ambientes establecidos.
Desarrollé mi función como instructor con total autonomía respetando los principios, normas y reglamentos del SENA.
Se actualizó el portafolio de evidencias del instructor con las evidencias necesarias para el desarrollo de la formación, registro de asistencias en Territorio, entre otros. Se realizó seguimiento al cumplimiento del portafolio del aprendiz según lo establecido en el procedimiento de ejecución de formación. Realicé retroalimentaciones frente a las actividades realizadas en las diferentes formaciones
Participé activamente en las actividades y reuniones del grupo de previos de acuerdo con el requerimiento de la coordinación académica
Evaluación en Territorio y Sofía Plus de los juicios de evaluación de la ficha 2423316, 2394410 y 2439841.

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.

MARLY YULAY RUIZ JARAMILLO
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,

JOSE FERNANDO RANGEL MORALES
INSTRUCTOR G16

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

VERIFICADO

MARIA ELICENIA QUINTERO CARDONA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43911454
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARLY YULAY RUIZ JARAMILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CRA 25A 38A-18	TELÉFONO:	2264615
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:	**7873896312**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	marzo
	AÑO:	2023		AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/04/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2007194831

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 261.800
SUBTOTAL:			1	**$ 261.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 204.500
SUBTOTAL:			1	**$ 204.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 466.300**

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43911454
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARLY YULAY RUIZ JARAMILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CRA 25A 38A-18	TELÉFONO:	2264615
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:	**7877585575**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	marzo
	AÑO:	2023		AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/04/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2017709699

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7873896312	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2023/04/04

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 0
SUBTOTAL:			1	**$ 0**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 0
SUBTOTAL:			1	**$ 0**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 39.900
SUBTOTAL:			1	**$ 39.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 39.900**

Planilla Pagada

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de abril 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:

T.I.	**1033181704**	**Melisa Rodriguez ruiz**	**HIJO**

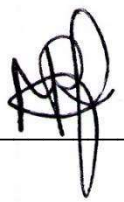
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Marly Yulay Ruiz Jaramillo

C.C.43.911.454 de Bello

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1033181704

Indicativo Serial 40551107

40551107

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 007

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

COLOMBIA | ANTIOQUIA | MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RODRIGUEZ	RUIZ

Nombre(s): MELISA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes 04 Día 22	FEMENINO		

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

COLOMBIA | ANTIOQUIA | MEDELLIN

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO CLINICO	A 7899877

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RUIZ JARAMILLO MARLY YULAY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 43.911.454 DE BELLO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ SIERRA FRANCISCO JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 71.312.759 DE MEDELLIN	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ SIERRA FRANCISCO JAVIER

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 71.312.759 DE MEDELLIN

Firma

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 04 Día 25	LUCIA MEJIA ZULUAGA 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 —

AL