SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE

Código Regional	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**67878-404420**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MONICA MARIN FRANKLIN	**C.C.**	52.418.009	**IP/Nº de contacto**	3134392051
Correo electrónico contratista:	mmfranklin@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 DE BOGOTA **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** 206340929

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: 4689929/2023 **Nº Compromiso SIIF** **25723**

Valor Total del Contrato	$ 31.668.195	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 27.726.660	**2**	**Del**	**01/04/2023**	**Al**	**30/04/2023**	**$ 4.077.450,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 23.649.210		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATACION INSTRUCTORES: CO1.PCCNTR.4689929 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO A LA RED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA, EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, EN LAS MODALID

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.077.450		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	2,74%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 129.176
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.941.535			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.018.985**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.709.015**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 129.176**

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

	Abril	**Marzo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1054116249**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.630.980	$ 1.576.614
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 203.900	$ 197.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 261.000	$ 252.300
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.600	$ 8.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 2.004.746	$ -	
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	$ 261.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 203.900	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.600	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 801.899	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.569.672	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.709.015,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.612.550,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	129.176,00	2,74%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8523	7.225,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	20.387,00	0,500%
Universidad del Pacífico	20.387,00	0,500%
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	**$3.900.275,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Tecnico en elaboracio prendas de vestir sobre medidas fichas: 2690113,2690116
complementario procesos de costura para la confeccion industrial ficha: 2727771
complementario comunicacion del diseño ficha: 2750728

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.

MONICA MARIN FRANKLIN
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 GABRIEL GARAVITO APONTE
INSTRUCTOR G20

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

GERMAN SUAREZ GARCIA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-04-19, 09: AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1054116249

Periodo Cotización: marzo de 2023 | Periodo Servicio: marzo de 2023 | Referencia pago 8859356980

PAGADA 14/04/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MONICA MARIN FRANKLIN		
Documento	CC52418009	Dirección	CL 18 #3 CN - 26
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3053546224
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICA
Ciudad	CARTAGO	Departamento	VALLE DEL CAUCA
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	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días 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 52418009	MONICA MARINFRANKLIN	59	0																	0	30	30	30	0	PORVENIR	$1.630.980	$261.000	EPS SANITAS	$1.630.980	$203.900	0.00522	$1.630.980	$8.600	NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$473.500

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,licencias,saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.630.980	$1.630.980	$1.630.980	$0	$261.000	$203.900	$8.600	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$473.500	$5.300	$478.800

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 19 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.	**1113865239**	**Tomas Torres Marin**	**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: Mónica Marin Franklin

C.C. 52.418.009 de Bogotá

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1113865239 LFL **REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO** Indicativo Serial 51083888

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 0 1 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 7 J

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

* * * * COLOMBIA * * * VALLE DEL CAUCA * * * * CARTAGO * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TORRES	MARIN

Nombre(s): TOMAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes OCTUBRE Día 31	MASCULINO * * * *	O	+

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

* COLOMBIA * * VALLE DEL CAUCA * CARTAGO * CLINICA COMFANDI CARTAGO * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
* * * * * * CERTIFICADO DE NACIDO VIVO * * * * * *	10590102-8 * * * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: * * * * MARIN FRANKLIN MONICA * * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 52.418.009 de Bogota D.C. * * * * * * *	COLOMBIANA. * * * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: * * * * * TORRES ANGEL JAIME ESTEBAN * * * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C#16.221.822 de Cartago * * * * * * * * * * *	COLOMBIANA. * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: * * * * TORRES ANGEL JAIME ESTEBAN * * * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* * *C.C.# 16.221.822 de Cartago. * * * * * * * * *	[firma]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: * X * X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X	X*X*X*X*X*X*X*X*X

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X*X	X*X*X*X*X*X*X*X*X*

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2011 Mes Noviembre Día 24	DR. GUILLERMO HEBERT SALCEDO PRIETO (Nombre y firma) — NOTARIA PRIMERA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
[firma] Firma	DR. GUILLERMO HEBERT SALCEDO PRIETO (Nombre y firma) — NOTARIA PRIMERA

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 800.005.080-2 TEL. 381 0240

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO

Notaría 1

EL SUSCRITO NOTARIO PRIMERO DELCIRCULO DE CARTAGO VALLE
CERTIFICA:

ESTA FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL DEL LIBRO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO ☒ MATRIMONIO ☐ DEFUNCION ☐ QUE REPOSA EN LA NOTARIA A MI CARGO Y OBRA AL TOMO 460 FOLIO 5105955 ES PLENA PRUEBA DEL ESTADO CIVIL Y SE EXPIDE PARA Viaje

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN CARTAGO, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA.

ENTREGADO 14 DIC 2020

CRUZ HELENA GUTIERREZ MURILLO
NOTARIA ENCARGADA DEL CIRCULO DE CARTAGO VALLE

CALLE 13 # 3-22 TELEFONO 2123525
notariaprimeracartago@gmail.com

ESPACIO EN BLANCO
NOTARIA PRIMERA DEL
CIRCULO DE CARTAGO