SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO

Código Regional	**73**
Código Centro	**101073**
Fecha Elaboración	**Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**15980-384933**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIANA CAROLINA OTALORA MANCHOLA	**C.C.**	1.110.482.047	**IP/Nº de contacto**	84304
Correo electrónico contratista:	dcotaloram@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: AV VILLAS **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** 402746015

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: 4634507/2023 **Nº Compromiso SIIF** **8823**

Valor Total del Contrato	$ 49.760.458	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.713.102	**3**	**Del**	**01/04/2023**	**Al**	**30/04/2023**	**$ 4.523.678,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 36.189.424		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: CO1.PCCNTR.4634507, PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA LA ORIENTACIÓN DE USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y PROCESO DE EMPRENDIMIENTO Y EMPRESARISMO DEL SE

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.523.678		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	**$ 4.523.678**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.659.508**		**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	----------	**9449325999**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.809.471	$ 1.809.471
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 226.200	$ 226.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 289.600	$ 289.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.500	$ 9.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.130.919	$ -	
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	$ 452.368	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 886.503	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.659.508,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.007.878,00	
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 - 7010	13.571,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Bomberos	814,00	6,000%
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	**$4.509.293,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NUEVE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar la gestión e implementación de lineamientos estratégicos establecidos por el SENA
Contribuir en el seguimiento en la puesta en marcha de las empresas creadas en el Fondo Emprender u de otras fuentes de financiación, realizando las atenciones y asesorías correspondiente
Participar en los eventos, reuniones, jornadas de orientación y divulgación conforme al procedimiento de emprendimiento y fortalecimi y fortalecimiento empresarial y los lineamientos establecidos por la entidad

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.

DIANA CAROLINA OTALORA MANCHOLA
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,

JULY CATHERINE BENITEZ TRIANA
PROFESIONAL G02

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

MARTHA LUCIA AYALA JARA
DIRECTOR REGIONAL B G07

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 1110482047		OTALORA MANCHOLA DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV 13 N 8-11 BARRIO 20 JULIO	IBAGUE-TOLIMA	2732950	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	2009049717	9449325999	I	2023/04/14	2023/04/05	BANCO AV VILLAS	0	$525,400

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,810,000	$289,600			$1,810,000	$226,300			$0	$0			$1,810,000	$9,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,810,000	$289,600			$1,810,000	$226,300			$0	$0			$1,810,000	$9,500		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,810,000	$289,600			$1,810,000	$226,300			$0	$0			$1,810,000	$9,500		$0	$0
1	CC	1110482047 OTALORA DIANA	230301	30	$1,810,000	$289,600	EPS005	30	$1,810,000	$226,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,810,000	$9,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,810,000	$289,600			$1,810,000	$226,300			$0	$0			$1,810,000	$9,500		$0	$0

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 1110482047		OTALORA MANCHOLA DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV 13 N 8-11 BARRIO 20 JULIO	IBAGUE-TOLIMA	2732950	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	2009049717	9449325999	I	2023/04/14	2023/04/05	BANCO AV VILLAS	0	$525,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$289,600	$0	$0	$289,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$289,600	$0	$0	$289,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,500	$0	$0	$9,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,500	$0	$0	$9,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$226,300	$0	$0	$226,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$226,300	$0	$0	$226,300
TOTAL				**1**	**$525,400**	**$0**	**$0**	**$525,400**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, 20 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.	**1201474669**	**Daniel Santiago Reyes Otálora**	**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,

CAROLINA OTALORA
FIRMA

Nombre: Diana Carolina Otálora Manchola

C.C. 1.110.482.047

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1201474669

Indicativo Serial 60765451

60765451

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

E M H

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
REYES	OTALORA

Nombre(s)

DANIEL SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes ENE Día 08	MASCULINO	A	POS

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

COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	15627143-9

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

OTALORA MANCHOLA DIANA CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1110482047 DE IBAGUE	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

REYES VILLALOBOS DANY JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 80757450 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

REYES VILLALOBOS DANY JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 80757450 DE BOGOTA D.C.	

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 2020 Mes ENE Día 09	ESPERANZA RODRIGUEZ ACOSTA

NOTARIA 8a. IBAGUÉ

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -