SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**72144-702571**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	OLGA LUCIA DUSSAN NUÑEZ	**C.C.**	40.773.257	**IP/Nº de contacto**	3007421117
Correo electrónico contratista:	oldussan@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 CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24005672576

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: 4490665/2023 **Nº Compromiso SIIF** **11023**

Valor Total del Contrato	$ 20.620.600	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.051.000	**4**	**Del**	**01/04/2023**	**Al**	**30/04/2023**	**$ 4.017.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 8.034.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: ORIENTAR FORM. PROFESIONAL TITULADA/COMPLEMENTARIA PRESENCIAL/VIRTUAL_NIS_2023-02-018688

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.017.000	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	**$ 4.017.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.361.675**	**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	----------	**4490755781**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.361.675,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.606.800	$ 1.606.800	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.559.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 200.900	$ 200.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.100	$ 257.100	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 8.400	$ 8.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.004.250	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
			-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 401.700				
Salud hasta $ 678.592	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 787.225		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -				
			VALOR A PAGAR	**$4.017.000,00**	

SON: CUATRO MILLONES DIECISIETE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales, para las áreas relacionadas co
Reportar en el sistema SOFIA Plus, en un plazo máximo de tres (3) días hábiles una vez ocurrido el hecho, todas las actividades y nove
Evaluar los aprendizajes previos correspondientes a las fichas asignadas, previo a solicitud de aprendiz y aval del coordinador académ
Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas re

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.

Olga L Dussán N

OLGA LUCIA DUSSAN NUÑEZ
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,

GIOVANNY VICENTE IBARRA PALACIOS
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

CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Armenia, 09 de febrero de 2023

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2023-000746
10/02/2023 9:42:20
Destinatario: 639538

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.	**1.137.674.027**	**JUAN CARLOS RESTREPO DUSSÁN**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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: OLGA LUCÍA DUSSÁN NÚÑEZ

C.C. 40.773.257

Anexo: Comprobante del documento y Registro civil de nacimiento

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC
1.137.674.027

APELLIDOS / NOMBRES
RESTREPO DUSSAN
JUAN CARLOS

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
10-ENE-2005
FLORENCIA - CAQUETA

FECHA DE EXPEDICIÓN
11-ENE-2023

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
CARTAGO - CARTAGO

OFICINA DE ENTREGA
CARTAGO - CARTAGO

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 11-JUL-2023

8506864369
11-ENE-2023

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

0025093
000785

NUIP 1137674027

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37029733

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 1 8 2

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

REGISTRADURIA DE CLINICA CONCALIL - COLOMBIA COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RESTREPO	JARAMILLO

Nombre(s)

JUAN CARLOS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 0 5 Mes E N E Día 1 2	MASCULINO		

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

COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	A5984774

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

JARAMILLO NUÑEZ OLGA LUCIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 40773257	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RESTREPO RIVERA JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1016227657	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RESTREPO RIVERA JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 1016227657	

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 2 0 0 5 Mes E N E Día 1 2	JUAN ESTEBAN VELEZ MIZ Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No. 1.137.674.027

RESTREPO DUSSAN

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

10/ENE/2005

SEXO M

CAQUETA FLORENCIA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

GS O RH +

07/MAY/2012

CARTAGO, VALLE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

09/ENE/2023

30891494

FECHA DE VENCIMIENTO

PRIMERA VEZ

ASSENDA NIT. 890.321.151-0

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Jorge Luis Ruiz Ospina



FIRMA DEL REGISTRADOR MUNICIPAL

INDICE DERECHO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40773257
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OLGA LUCIA DUSSAN NUNEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CL 20 9-16 LAURELES	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4490755781**		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):		2023/03/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993679787

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 288.000
SUBTOTAL:			1	**$ 288.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900226715	EPS042	EPS042 - COOSALUD	1	$ 225.000
SUBTOTAL:			1	**$ 225.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.400
SUBTOTAL:			1	**$ 9.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 522.400**

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9349781489 DV: 887567

Cajero: GLESLOGO

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 17/03/2023 17:00:30

PS Recaudador:
019005 CENTRO COMERCIAL NUESTRO CARTAGO

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 40773257

Nombre: OLGA
Apellido 1: DUSSAN
Apellido 2: CCCCCC
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 11111111
Codigo Planilla: 4490755781
Periodo Pago: 2023/03
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia Valor
40773257 $522.400,00

Valor recibido: $522.400,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.

Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda. Estos datos pueden ser utilizados