SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL CASANARE**
**CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **85** |
| **Código Centro** | **951910** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **54867-757829** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** EDWIN HERNANDO TEJEDOR RODRIGUEZ
**Correo electrónico contratista:** ehtejedor@sena.edu.co
**C.C.** 74.359.905 **IP/Nº de contacto** 3138584479

**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** 01107606714

**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:** 4641075/2023 **Nº Compromiso SIIF** 19523

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 28.119.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 22.763.000 | **3** | **Del** | **01/04/2023** | **Al** | **30/04/2023** | **$ 4.017.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 18.746.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL QUE EL CENTRO PROGRAME EN SEDE PRINCIPAL, SUBSEDES O MUNICIPIOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA, PARA LA RED DE CONOCIMIENTO AGRICOLA. RAD 85-9-2023-000453.

## 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** | **$ 2.355.375** | | **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** | ---------- | **4497839131** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.606.800 | $ 1.606.800 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 200.900 | $ 200.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 257.100 | $ 257.100 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 16.800 | $ 16.800 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.004.250 | $ - | |
| 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 | $ 401.700 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 785.125 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.355.375,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.559.000,00 | |
| 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 | 40.170,00 | 1,000% |
| - | 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** | **$3.976.830,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

se realizó procesos de formación profesional integral en el municipio de Orocue en el operario de Labores de cultivo en donde se reali
desarrollo de la competencia ADECUACION DE TERRENO y se adelantó procesos de formación con los resultados de aprendizaje
Alistar equipos y herramientas y materiales para la adecuacion de terrenos seun procedimiento tecnico y de la empresa
preparar terreno de acuerdo con las caracteristicas fisioraficas fisicas y sistemas productivo
CURSO complementario ALCADIA MUNICIPAL DE OROCUE, mantenimiento y operación básica de tractor agrícola numero de ficha 2751301
Entrego informe de horas aplicativo Sofia plus para el mes de ABRIL con un total de 184 horas y cobro 160 horas en abril
pago de seguridad de mes de MARZO no de planilla 4497839131 de SOI

**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.

**EDWIN HERNANDO TEJEDOR RODRIGUEZ**
**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,

**MONICA LUCIA MANCIPE RIVERA**
**INSTRUCTOR G11**

**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**

**JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA**
**DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 74359905 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EDWIN HERNANDO TEJEDOR RODRIGUEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | YOPAL | DEPARTAMENTO: | CASANARE |
| DIRECCIÓN: | CRA 16 N 16 76 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4497839131** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo AÑO 2023 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | 34 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2023/05/08 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994246994 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 257.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 10.700 | $ 0 | $ 257.100 | $ 10.700 | $ 267.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 257.100** | **$ 10.700** | **$ 267.800** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 200.900 | $ 0 | $ 8.400 | $ 0 | $ 200.900 | $ 8.400 | $ 0 | $ 209.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 200.900** | **$ 8.400** | **$ 0** | **$ 209.300** |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 16.800 | $ 16.800 | $ 700 | $ 0 | $ 17.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 16.800** | **$ 700** | **$ 0** | **$ 17.500** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 74359905 | TEJEDOR RODRIGUEZ EDWIN HERNANDO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.160.000 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.606.800 | $ 257.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 257.100 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1.606.800 | $ 200.900 | $ 0 | $ 200.900 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.606.800 | 74359905 | $ 16.800 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 494.600** |

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Yopal, 30 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1.053.444.200** | **MARIANA ALEJANDRA TEJEDOR ACEVEDO** | **HIJO** |
| | **1.053.446.372** | **GABRIELA TEJEDOR ACEVEDO** | |

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,

EDWIN TEJEDOR

_____
FIRMA

Nombre: Edwin Hernando Tejedor Rodríguez

C.C. 74.359.905 de Paipa

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1053444200

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40325740

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 2 a Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D Z X

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA BOYACA DUITAMA

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| TEJEDOR | ACEVEDO |

Nombre(s)
MARIANA ALEJANDRA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2007 Mes JUL Día 14 | FEMENINO | O | POSITIVO |

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

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO - HOSPITAL REGIONAL | A 8000524 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos
ACEVEDO SANCHEZ ADRIANA CONSTANZA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 46.451.883 DUITAMA (BOY) | COLOMBIANA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos
TEJEDOR RODRIGUEZ EDWIN HERNANDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 74.359.905 PAIPA (BOY) | COLOMBIANO |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos
TEJEDOR RODRIGUEZ EDWIN HERNANDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C.No. 74.359.905 PAIPA (BOY) | |

*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 JUL Día 23 | HECTOR GONZALO MONROY ARIAS<br>Nombre y firma |

REPUBLICA DE COLOMBIA
HECTOR GONZALO MONROY ARIAS
NOTARIO
SEGUNDA DUITAMA (BOY.)

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

*4032574O*

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1053446372

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 43555416

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

| Registraduría | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | X | 2 a | | | | D Z X |

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA BOYACA DUITAMA

*Datos del Inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| TEJEDOR | ACEVEDO |

Nombre(s): GABRIELA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2010 Mes JUL Día 11 | FEMENINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOYACA DUITAMA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO - HOSPITAL REGIONAL | 10218353-7 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos: ACEVEDO SANCHEZ ADRIANA CONSTANZA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 46.451.883 DUITAMA (BOY) | COLOMBIANA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos: TEJEDOR RODRIGUEZ EDWIN HERNANDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.No. 74.359.905 PAIPA (BOY) | COLOMBIANO |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos: TEJEDOR RODRIGUEZ EDWIN HERNANDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. No. 74.359.905 PAIPA (BOY) | X |

*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 |
|---|---|
| | |

DESPRENDIBLE
NO VALIDO COMO REGISTRO CIVIL

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2010 Mes JUL Día 19 | LIBIA PAULINA GOMEZ HIGUERA<br>Nombre y firma |

REPUBLICA DE COLOMBIA
Libia Paulina Gómez H.
NOTARIA
NOTARIA SEGUNDA DUITAMA (BOY.)

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR DANARANJO S.A NIT. 860.013.711-5 10393 10-2008