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 - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **76** |
| **Código Centro** | **954310** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **92898-640619** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | HAROLD ALEXANDER TRIANA GALLEGO | **C.C.** | 14.565.725 | **IP/Nº de contacto** | 3165360227 |
| **Correo electrónico contratista:** | haroldtriana@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:** BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 72813607531

**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:** 4520421/2023 **Nº Compromiso SIIF** **11823**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 31.992.300 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 21.565.180 | **4** | **Del** | **01/05/2023** | **Al** | **31/05/2023** | **$ 3.554.700,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 18.010.480 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

CONTRATACION INSTRUCTORES: CO1.PCCNTR.4520421 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 | $ 3.554.700 | | 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** | **$ 3.554.700** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.089.748** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Mayo | Abril |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **1054860734** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.421.880 | $ 1.421.880 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 177.800 | $ 177.800 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 227.600 | $ 227.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 7.500 | $ 7.500 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 888.675 | $ - | |
| 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 | $ 355.470 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 696.583 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.089.748,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.149.300,00 | |
| 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 - 8523 | 6.299,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-UCEVA | 17.774,00 | 0,500% |
| Universidad del Pacífico | 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** | **$3.530.627,00** | |

**SON: TRES MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL SEISCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación en los diferentes programas asignados Producción de Multimedia, Animación 3D, Seguimiento a Etapa Productiva por el centro de tecnología agroindustriales, SENA

**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.

**HAROLD ALEXANDER TRIANA GALLEGO**
**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**

**MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHORTUA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PAGOSIMPLE | Prefactura

**Fecha creación reporte:** 2023-05-16, 03:45:53 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

**Periodo Cotización:** abril de 2023 **Periodo Servicio:** abril de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8851886990

**Fecha límite de pago:** 2023-05-08

**GUARDADA 14/04/2023**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | HAROLD ALEXANDER TRIANA GALLEGO | | | | |
| **Documento** | CC14565725 | **Dirección** | CL 10 #8 - 64 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3165360227 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | CARTAGO | **Departamento** | VALLE DEL CAUCA | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IRP | SLN | INC | LMA | VAC | AVP | VCT | IGE | LBR | TDP | TAP | VSP | CDP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Mineducación | Total |
| CC 14565725 | TRIANA GALLEGO HAROLD ALEXANDER | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | PORVENIR | $ 1.422.000 | $ 227.600 | S.O.S EPS | $ 1.422.000 | $ 177.800 | POSITIVA DE SEGUROS | $ 1.422.000 | $ 7.500 | NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 412.900 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.422.000 | $ 1.422.000 | $ 1.422.000 | $ 0 | $ 227.600 | $ 0 | $ 0 | $ 177.800 | $ 7.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 412.900 | $ 4.000 | $ 416.900 |

## IV. INFORMACION

| Día hábil de pago sin mora |
|---|
| 5 |

| Periodo cotización salud | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888518869900000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8851886990(3900)0000000(96)20991231

**MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOVIiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVii – ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/**



**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!**

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

C O M F A N D I
NIT 890.303.208-5

Ahora eres parte de Megapuntos
Comfandi Te invitamos actualizar tus
datos y estar informado de todas las
novedades del programa en
www.comfandi.com.co/megapuntos
999919 recaudo sim-202304 417.900 G
VA_OR : 417.900
FECHA DOC. : 20230518
NIT : 1054860734
PIN : 8851886990
PLANILLA : 1054860734
PERIODO : 202304
==>> SUBTOTAL/TOTAL :$ 417.900
**Efectivo** **420.000**
CAMBIO 2.100
5/18/23 11:57 0579 01 0022 52352

PREGUNTA EN RECEPCION POR NUESTRO
PROGRAMA DE VECINO FIEL Y GANE BONOS

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Cartago, Mayo 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.** | **1114155973** | **EVELYN TRIANA TRUJILLO** | **HIJO** |

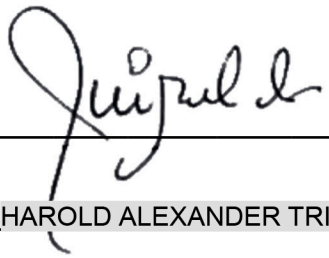
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: _HAROLD ALEXANDER TRIANA GALLEGO___

C.C. ___14565725 de Cartago Valle__

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43704414

NUIP 1114155973

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [4] Número [0 4] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [V B J]

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

COLOMBIA VALLE CARTAGO

Datos del inscrito

Primer Apellido: TRIANA

Segundo Apellido: TRUJILLO

Nombre(s): EVELYN

Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 0 Mes E N E Día 0 6

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA VALLE CARTAGO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 51890076-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: TRUJILLO MARIN LEIDY LISSETTE

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No. 1.112.763.369 CARTAGO VALLE

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: TRIANA GALLEGO HAROLD ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No. 14.565.725 CARTAGO VALLE

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TRIANA GALLEGO HAROLD ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No. 14.565.725 CARTAGO VALLE

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: Año 2 0 1 0 Mes E N E Día 1 2

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MYRIAM GIRALDO HERRERA ENC.

- SEGUNDA COPIA PAF A EL USUARIO -