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	**Mayo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**98656-902273**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: SEMADAR PEADA SOTO
Correo electrónico contratista: speada@misena.edu.co
C.C. 31.428.009 **IP/Nº de contacto** 23609

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **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** 13042012147

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: 4525529/2023 **Nº Compromiso SIIF** **14723**

Valor Total del Contrato	$ 34.715.720	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 24.301.004	**4**	**Del**	**01/05/2023**	**Al**	**31/05/2023**	**$ 3.471.572,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.829.432		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)
CONTRATACION INSTRUCTORES:CO1.PCCNTR.4525529 CO1.PCCNTR.4525529

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.471.572		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	**$ 3.471.572**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.301.354**		**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	----------	**1054138250**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.388.629	$ 1.388.629
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 173.600	$ 173.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 222.200	$ 222.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.300	$ 7.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 867.893	$ -	
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	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 767.118	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.301.354,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.075.772,00	
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	6.152,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	17.358,00	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	**$3.448.062,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación a las fichas asignadas a los grados 11 de las diferentes instituciones educativas a mi cargo, fase ejecucion

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.

SEMADAR PEADA SOTO
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,

JHON JAIRO ALZATE RAMIREZ
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, 03:46:54 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: abril de 2023 **Periodo Servicio:** abril de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8855265320

Fecha limite de pago: 2023-05-04

GUARDADA 16/04/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SEMADAR PEADA SOTO				
Documento	CC31428009	**Dirección**	CRA 7N 16B 05		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3042012147		
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	IRG	RET	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	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 31428009	PEADA SOTO SEMADAR	59	00																0	30	30	30	0	COLFONDOS	$ 1.388.629	$ 222.200	S.O.S EPS	$ 1.388.629	$ 173.600	POSITIVA DE SEGUROS	$ 1.388.629	$ 7.300	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.100

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
$ 1.388.629	$ 1.388.629	$ 1.388.629	$ 0	$ 222.200	$ 0	$ 0	$ 173.600	$ 7.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.100	$ 5.900	$ 409.000

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
3

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

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888552653200000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8855265320(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/

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 409.500 G
VA_OR : 409.500
FECHA DOC.: 20230517
NIT : 1054138250
PIN : 8855265320
PLANILLA : 1054138250
PERIODO : 202304

==>> SUBTOTAL/TOTAL :$ 409.500
Efectivo **409.500**
CAMBIO 0

5/17/23 14:20 0579 01 0044 52483

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

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

NUIP 1.113.860.815 JG

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40114759

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** V 7 J

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA VALLE CARTAGO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	PEADA

Nombre(s)
MARIA JOSE

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006	Mes JULIO	Día 12	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
CLINICA DEL NORTE COLOMBIA VALLE CARTAGO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 7235485

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
PEADA SOTO SEMADAR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 31.428.009 CARTAGO (VALLE)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
RAMIREZ CAVIEDES WILLIAM ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 79.708.290 BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
RAMIREZ CAVIEDES WILLIAM ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC# 79.708.290 BOGOTA D.C.	William A. Ramirez C.

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/X/X/X/D/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/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/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/X/X/X/X/X/X/X/X/X/X/X

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2006 Mes JULIO Día 24	DR. ORLANDO RESTREPO JARAMILLO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
William Alexander Ramirez C. Firma	DR. ORLANDO RESTREPO JARAMILLO. Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, Mayo 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.	**1113860815**	**María José Ramírez Peada**	**HIJO**

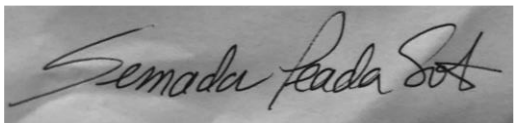
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Semadar Peada Soto

C.C. 31428009