SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
DIRECCIÓN GENERAL
DIRECCION DE EMPLEO - EMPRENDE RURAL

Código Regional	**1**
Código Centro	**101001**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**43724-385059**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	OSCAR ADOLFO QUINTERO FERRO	**C.C.**	91.017.846	**IP/Nº de contacto**	3102712194
Correo electrónico contratista:	oaquintero@sena.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** 25879469506

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: 4680198/2023 **Nº Compromiso SIIF** **160523**

Valor Total del Contrato	$ 52.500.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.000.000	**4**	**Del**	**01/05/2023**	**Al**	**31/05/2023**	**$ 5.000.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.000.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: 9-2023-009224 PARA DESARROLLAR ESTRATEGIAS DE FOMENTO AL EMPRENDIMIENTO RURAL Y REALIZAR LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR EL SENA A LA POBLACIÓN CAMPESINA CON EL FIN DE LOGRAR MEJORAS EN LOS PROCEDIMIENTOS Y ACCESO A

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.000.000		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	**$ 5.000.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.939.625**		**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	----------	**8624069191**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 2.000.000	$ 2.000.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 250.000	$ 250.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 320.000	$ 320.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 10.500	$ 10.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.250.000	$ -	
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	$ 500.000	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 979.875	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.939.625,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.430.000,00	
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	42.794,00	0,966%
-	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	**$4.957.206,00**	

SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunión de retroalimentación metas Campesena SER con las regionales de Boyacá y Putumayo. Reunión con Dinamizador rural Putumayo.
Análisis del informe P04 de abril y PE14 con el fin de reconocer avances estadísticos, dificultades, experiencias en el aporte a las m
Conversatorio con algunas de las asociaciones de la regional Boyacá en la provincia de Ricaurte alto, municipio de Gachantiva.
Visita a Unidad Productiva del municipio de Gachantivá
Culminación de la propuesta con nuevos aportes dela presentación taller de inducción: Desarrollo Sostenible en el contexto del progra
Enlace Drive cuestionario información proyectos comunitarios Campesena SER.
Propuesta piloto de audiencia publica para presentar a las regionales de Boyacá y Quindio en reunión con direcciones.
Reunión con regional Quindío para reconocer la experiencia de la regional con la implementación de la estrategia Campesena, en especia

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.

OSCAR ADOLFO QUINTERO FERRO
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,

CARLOS ARTURO GAMBA CASTILLO
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

LUZ DANA LEAL RUIZ
DIRECTORA DE EMPLEO Y TRABAJO

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	OSCAR ADOLFO QUINTERO FERRO
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-91017846
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2023-04-12
INDENTIFICACION EMPLEADO	CC-91017846
NOMBRE EMPLEADO	OSCAR ADOLFO QUINTERO FERRO
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	8624069191
REFERENCIA PAGO(PIN)	8602641033
TIPO PLANILLA	I
PERIODO PENSIÓN	2023-04
PERIODO SALUD	2023-04
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	1523501
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	2.000.000	0,1600000	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	2.000.000	0,1250000	$ 250.000	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	2.000.000	0,0052200	$ 10.500	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 320.000	$ 250.000	$ 10.500	$ 0	$ 580.500

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	OSCAR ADOLFO QUINTERO FERRO
IDENTIFICACION:	CC-91017846
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-04-12
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-05-11
FECHA DE PAGO:	2023-04-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2023-04
PERIODO SALUD:	2023-04
NUMERO PLANILLA:	8624069191
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8602641033
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 2.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.000	$ 250.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 2.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 320.000	$ 320.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.000.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.500	$ 10.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 580.500	$ 580.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	13/06/2023

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES

Bogotá, 15 de 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 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:

T.I.	**1.099.208.307**	Martin Quintero Pérez	**HIJO**
Registro civil	**1.049.655.526**	Gabriel Quintero Pérez	**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: Oscar Adolfo Quintero Ferro

C.C. 91.017.846 de Barbosa Santander.

ANEXO COPIA DE DOCUMENTOS DE IDENTIDAD.







Usuario: neiraj Fecha: 29/12/2022 Hora: 11:55:29 Página 1