SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-TOLIMA

Código Regional	**73**
Código Centro	**931010**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**40689-655098**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ARUZIDNA SANCHEZ ALONSO	**C.C.**	1.110.542.721	**IP/Nº de contacto**	3142002717
Correo electrónico contratista:	arsancheza@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 ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 59700000733

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: 4798004/2023 **Nº Compromiso SIIF** **34823**

Valor Total del Contrato	$ 38.707.057	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 33.536.800	**3**	**Del**	**01/05/2023**	**Al**	**31/05/2023**	**$ 4.192.100,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 29.344.700		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: CO1.PCCNTR. 4798004 SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO DISEÑADOR DE CONTENIDOS DIGITALES, PARA LA ELABORACIÓN, ADECUACIÓN Y AJUSTES DE DOCUMENTOS DE HIPERTEXTO, DISEÑO DE INTERFACES PARA CONTENIDOS WEB, CREACIÓN D

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.192.100	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		3,48%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 171.840
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.192.100			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.384.200**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.933.560**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 171.840**

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9450712307**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.676.840	$ 1.676.840
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 209.700	$ 209.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 268.300	$ 268.300
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 8.800	$ 8.800
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 8.835.833 $ 2.096.050	$ -	
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		$ 269.900	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 211.000	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 8.900	
Dependientes hasta	$ 1.357.184	$ 838.420	
Salud hasta	$ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 2.792.123	$ 1.644.520	
Retención en la Fuente Contingente		$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.933.560,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.714.100,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	171.840,00	3,48%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8560	20.961,00	0,500%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Bomberos	1.258,00	6,000%
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	**$3.998.041,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se dio respuesta a cada una de las comunicaciones recibidas, por ejemplo las enviadas por correo electrónico.
Se cumplió con las Revisiones, ajustes y retroalimentación en articulación con los roles de la línea de producción.
Dispongo de los recursos requeridos para el desarrollo de mis actividades, como conexión a internet, computador portátil
Se revisó estado de los productos del programa Teconología en desarrollo de productos electrónicos
Se realizó pdf, realizado para información del programa Tecnología en desarrollo de productos electrónicos
Se elaboró prupuesta gráfica y visual de componente asignado CF011 del programa Tecnología en desarrollo de productos electrónicos

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.

ARUZIDNA SANCHEZ ALONSO
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,

GLORIA INES URUENA MONTES
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

ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110542721		SANCHEZ ALONSO ARUZIDNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MAZ 56 CASA3 JORDAN 2 ETAPA	IBAGUE-TOLIMA	2774112	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2074164784	9450712307	I	2023/05/05	2023/05/10	NEQUI	5	$489,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,676,840	$268,300			$1,676,840	$209,700			$0	$0			$1,676,840		$8,800		$0	$0		$486,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,676,840	$268,300			$1,676,840	$209,700			$0	$0			$1,676,840		$8,800		$0	$0		$486,800
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)																						$1,676,840	$268,300			$1,676,840	$209,700			$0	$0			$1,676,840		$8,800		$0	$0		$486,800
1	CC	1110542721	SANCHEZ ARUZIDNA							X										25-14	30	$1,676,840	$268,300	EPS002	30	$1,676,840	$209,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,676,840	0.522%	$8,800	0	$0	$0	No	$486,800
Total	Afiliados(1)																					$1,676,840	$268,300			$1,676,840	$209,700			$0	$0			$1,676,840		$8,800		$0	$0		$486,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110542721		SANCHEZ ALONSO ARUZIDNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MAZ 56 CASA3 JORDAN 2 ETAPA	IBAGUE-TOLIMA	2774112	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2074164784	9450712307	I	2023/05/05	2023/05/10	NEQUI	5	$489,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$268,300	$1,600	$0	$269,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$268,300	$1,600	$0	$269,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,800	$100	$0	$8,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,800	$100	$0	$8,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$209,700	$1,300	$0	$211,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$209,700	$1,300	$0	$211,000
TOTAL				1	$486,800	$3,000	$0	$489,800

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, 20 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 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.	**1104957362**	**Kala Sánchez Alonso**	**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,

Aruzidna Sánchez Alonso

_____
FIRMA

Nombre: Aruzidna Sánchez Alonso

C.C. 1.110.542.721 de Ibagué

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1104957362

Indicativo Serial 59953600

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T2

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	ALONSO

Nombre(s)

KALA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes JUL Día 14	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	1533905Z-3

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ ALONSO ARUZIDNA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1110542721 de IBAGUE TOLIMA	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. -- de ----	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ ALONSO ARUZIDNA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1110542721 de IBAGUE TOLIMA	X Aruzidna Sanchez A.

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 2019 Mes JUL Día 15	CESAR-AUGUSTO-ALVARADO GAITAN- Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ACTA COMPLEMENTARIA.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA SEGUNDA DE IBAGUE

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA SEGUNDA DE IBAGUE Cesar Augusto Alvarado Gaitan Notario