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 - SERVICIOS PREST**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **85** |
| **Código Centro** | **951910** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **89369-194232** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** CRISTIAN ADEL DEARMAS ITURRIAGO
**Correo electrónico contratista:** cristiandearmasabogado@outlook.com
**C.C.** 1.124.012.532 **IP/Nº de contacto** 3204919085

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

**Banco al cual consignar:** DAVIVIENDA **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** 236000694018

**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:** 4574625/2023 **Nº Compromiso SIIF** 9023

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 36.153.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 25.173.200 | **4** | **Del** | **01/05/2023** | **Al** | **31/05/2023** | **$ 4.017.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 21.156.200 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA ORIENTAR FPI PRESENCIAL QUE EL CENTRO PROGRAME EN SEDE PRINCIPAL, SUBSEDES O EN MUNICIPIOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA, PARA RED DE CONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE INTEGRALIDAD, RAD. 85-9-2023-000334.

## 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** | **$ 2.361.675** | | **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** | ---------- | **9449925630** |
| **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 I | $ 8.400 | $ 8.400 |
| 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 | $ 787.225 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.361.675,00 | 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

Imparti formacion a los grupos de CONSTRUCCION DE PROYECTOS DE JARDINERIA CON AMOBLAMIENTO URBANO FICHA 2675197; COCINA FICHA 2675330; MONITOREO AMBIENTAL FICHA 2713446; ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA FICHA 2713457; ASISTENCIA ADMINISTRATIVA FICHA 2713419
En la competencia Ejercer derechos fundamentales del trabajo en el marco de la constitucion politica y los convenios internacionales
Para un total de 160 horas ejecutadas en el mes de Mayo.

**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.

**CRISTIAN ADEL DEARMAS ITURRIAGO**
**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**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1124012532 | | DEARMAS ITURRIAGO CRISTIAN ADEL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 13 N° 26-03 | MAICAO-LA GUAJIRA | 7266142 | 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 | 2079419385 | 9449925630 | I | 2023/05/09 | 2023/05/15 | BANCO DAVIVIENDA | 6 | $469,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 1124012532 | DE ARMAS ITURRIAGO CRISTIAN ADEL | 25-14 | 30 | $1,606,800 | $257,100 | EPS005 | 30 | $1,606,800 | $200,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,606,800 | $8,400 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | **$1,606,800** | **$257,100** | | | **$1,606,800** | **$200,900** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,606,800** | **$8,400** | | **$0** | **$0** |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $257,100 | $1,900 | $0 | $259,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $257,100 | $1,900 | $0 | $259,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $8,400 | $100 | $0 | $8,500 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $8,400 | $100 | $0 | $8,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $200,900 | $1,500 | $0 | $202,400 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $200,900 | $1,500 | $0 | $202,400 |
| TOTAL | | | | 1 | $466,400 | $3,500 | $0 | $469,900 |



2023/05/23 10:21 PM

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Yopal, 31 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1243538100** | **ADEL JOSE DE ARMAS BOLAÑO** | **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: CRISTIAN ADEL DE ARMAS ITURRIAGO

C.C. 1.124.012.532

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

Adhesivo Copia Registro Civil
26995221-5

60607351

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1243538100

Indicativo Serial: 60607351

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrado: X | Notaría: | Número: | Consulado: | Corregimiento: | Inspección de: | Código: S 1 A

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

COLOMBIA - LA GUAJIRA - MAICAO MAICAO,SOCIEDAD MEDICA CLINICA MAICAO S.A. ******

Datos del inscrito

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| DE ARMAS ****** | BOLAÑO ****** |

Nombre(s)

ADEL JOSE ******

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2020 Mes NOV Día 24 | MASCULINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA - LA GUAJIRA - MAICAO ******

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO ****** | 163245373 ****** |

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

Apellidos y nombres completos

BOLAÑO JULIO JOSELIS DEL CARMEN ******

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 1010078090 ****** | COLOMBIA ****** |

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

Apellidos y nombres completos

DE ARMAS ITURRIAGO CRISTIAN ADEL ******

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No. 1124012532 ****** | COLOMBIA ****** |

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DE ARMAS ITURRIAGO CRISTIAN ADEL ******

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No. 1124012532 ****** | Cristian L |

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 2020 Mes NOV Día 25 | JOSE ANGEL BRITO GOMEZ<br>Nombre y firma |

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

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:CN - CERTIFICADO NACIDO VIVO VIRTUAL;25/11/2020