SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL

Código Regional	15
Código Centro	911010
Fecha Elaboración	Marzo de 2023
Version	ENERO 2023 - 1,23
ID de Proceso	82012-096335

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUZ CATHERINE MARTINEZ CRESPO	C.C.	49.718.628	IP/Nº de contacto	3197221444
Correo electrónico contratista:	lcmartinezc@sena.edu.co				
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	66845657182
		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:	4509211/2023		Nº Compromiso SIIF	6723	
Valor Total del Contrato	$ 39.294.500	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 35.496.032	2	Del 01/03/2023	Al 31/03/2023	$ 3.929.450,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.566.582		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripción del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la formación profesional integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el programa Articulación con la Educación Media- Doble Titulación en el área de AGROINDUSTRIA de acuerdo con la programación establecida.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.929.450	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	**$ 3.929.450**	Menos. Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.304.004**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	Febrero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-------	66491554	Base retencion en la fuente a título de RENTA	2.304.004,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.571.780	$ 1.215.510	Base retención en la fuente a título de ICA	3.481.450,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 196.500	$ 152.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 251.500	$ 194.500	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 16.500	$ 12.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833	$ -		Reteica - 334	23.970,00	0,610%
$ 982.362			-	0,00	
			-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -				
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 392.945		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta $ 678.592	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 768.001				
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$3.905.480,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

MAR 01-15-29 Miraflores IET MIRAFLORES FICHA 2499355 Grado 11 Socializacion plantilla de proyecto- Guía modulo técnico reporte avances
MAR 02-16-30 Zetaquira IET SAN JOSE FICHA 2495850 Grado 11 Socializacion plantilla de proyecto- Guía modulo técnico reporte avances
MAR 03-17-31 Zetaquira IET SAN JOSE FICHA 2509308 Grado 11 Socializacion plantilla de proyecto- Guía modulo técnico reporte avances
MAR 06-10-22 Tibana IET GUSTAVO ROMERO Grado 10 Guía Higienizacion - Actividades de reconocimiento de normatividad Resol 2674 de 2013
MAR 07-23 Miraflores IET MIRAFLORES Grado 10 Guia Higienizacion - Actividades de reconocimiento de normatividad Resol 2674 de 2013
MAR 13 Duitama Cedeagro Reunión grupo articulación / MAR 21 Duitama Reporte y entrega de avances de contrato mes de marzo de 2023
MAR 08-24 Tibana IET GUSTAVO ROMERO FICHA 2503280 Grado 11 Socializacion plantilla de proyecto- Guía modulo técnico reporte avances
MAR 09-14-27 Zetaquira IET SAN JOSE Grado 10 Guía Higienizacion - Actividades de reconocimiento de normatividad Resol 2674 de 2013
MAR 21-28 Zetaquira IET SAN JOSE Grado 10 Guía Higienizacion - Actividades de reconocimiento de normatividad Resol 2674 de 2013

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.

LUZ CATHERINE MARTINEZ CRESPO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

CLAUDIA PATRICIA NUNEZ IZQUIERDO
INSTRUCTOR

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

ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Scanned with CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	49718628	LUZ CATHERINE MARTINEZ CRESPO	Calle 23 c No 70-50	2877176	luzksweet@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-02	2023-02	I	18/03/2023	66491554	$469.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	196.500	0		0		0	11	2.000	0	198.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	251.500	0	0	0	0	11	2.500	0	254.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	12.600				16.500	11	200	16.700			165	16.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	196.500	198.500
Pensión	1	251.500	254.000
Riesgos Laborales	1	16.500	16.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	464.500	469.200

PAGADA
66491554

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	49718628	LUZ CATHERINE MARTINEZ CRESPO	Calle 23 c No 70-50	2877176	luzksweet@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	18/03/2023	66491554	$469.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	49718628	MARTINEZ CRESPO LUZ CATHERINE	59	0			N																230301	1.571.780	251.500	0	0	0	0	EPS008	1.571.780	196.500	14-23	1.571.780	2	16.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Duitama, 19 de febrero 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	**1145936617**	**JESUS DAVID MENDEZ MARTINEZ**	**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: LUZ CATHERINE MARTINEZ CRESPO

C.C. 49 718 628

GRF-F-063 V.02

Scanned with CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1145936617

Indicativo Serial 62294867

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D V C

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 73 BOGOTA DC * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MENDEZ * * * * * * * * * * * * * *	MARTINEZ * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

JESUS DAVID *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes SEP Día 17	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	22095110097399 * *

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

MARTINEZ CRESPO LUZ CATHERINE *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 49718628 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * *

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

MENDEZ ALBARRACIN JESUS DAVID *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 80102179 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MENDEZ ALBARRACIN JESUS DAVID *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 80102179 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	

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 2022 Mes NOV. Día 21	HECTOR FERNANDO GOMEZ DIAZ Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Hector Fernando Gomez Diaz

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Cadena s.a.

Scanned with CamScanner