SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Junio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**52303-525381**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CRISTIAN ENRIQUE IBARGUEN CAICEDO	**C.C.**	1.130.606.147	**IP/Nº de contacto**	14752
Correo electrónico contratista:	cibarguenc@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 ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 53629494576

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: 4567211/2023 **Nº Compromiso SIIF** **6923**

Valor Total del Contrato	$ 36.153.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 21.290.100	**5**	**Del**	**01/06/2023**	**Al**	**30/06/2023**	**$ 4.017.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.273.100		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÃ³NOMA E INDEPENDIENTE PAR

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	**$ 2.367.975**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9451460293**
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 V	$ -	$ 0
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	$ 789.325	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.367.975,00	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	34.380,00	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	**$3.982.620,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación titulada y/o complementaria en las áreas proyectadas en las siguientes fichas:

1. Numero de ficha: 2500049 TALLER V (NOCTURNA): Levantamiento Arquitectónico del centro de formación CTCM. Metodología BIM.
2. Numero de ficha: 2500088 TALLER V (NOCTURNA): Levantamiento Arquitectónico del centro de formación CTCM. Metodología BIM.
3. Numero de ficha: 2500049 REVIT III (NOCTURNA): Render´s, Plugins complementarios.
4. Numero de ficha: 2500088 REVIT III (NOCTURNA): Render´s, Plugins complementarios.
5. Numero de ficha: 2614389 REVIT I: Conceptos básicos del Programa REVIT según metodologías.
6. Numero de ficha: 2643158 REVIT I: Conceptos básicos del Programa REVIT según metodologías.

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 ENRIQUE IBARGUEN CAICEDO
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,

LEONARDO ENRIQUE ESGUERRA HOYOS
INSTRUCTOR G12

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

WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 1130606147		IBARGUEN CAICEDO CRISTIAN ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 58 # 27-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-05	2104995279	9451460293	I	2023/06/13	2023/05/29	BANCOLOMBIA	0	$466,600

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,607,223	$257,200			$1,607,223	$201,000			$0	$0			$1,607,223	$8,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,607,223	$257,200			$1,607,223	$201,000			$0	$0			$1,607,223	$8,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,607,223	$257,200			$1,607,223	$201,000			$0	$0			$1,607,223	$8,400		$0	$0
1	CC	1130606147	IBARGUEN CRISTIAN	25-14	30	$1,607,223	$257,200	EPS005	30	$1,607,223	$201,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,607,223	$8,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,607,223	$257,200			$1,607,223	$201,000			$0	$0			$1,607,223	$8,400		$0	$0

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 1130606147		IBARGUEN CAICEDO CRISTIAN ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 58 # 27-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-05	2104995279	9451460293	I	2023/06/13	2023/05/29	BANCOLOMBIA	0	$466,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$257,200	$0	$0	$257,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$257,200	$0	$0	$257,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,400	$0	$0	$8,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,400	$0	$0	$8,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$201,000	$0	$0	$201,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$201,000	$0	$0	$201,000
TOTAL				1	$466,600	$0	$0	$466,600

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 09 de junio 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	**1104826447**	**Marcelo Enrique Ibargüen Moreno**	**HIJO**		
NUIP - NIP	**1019920220**	**Juan Diego Ibargüen Robles**	**HIJO**		

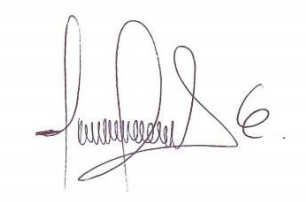
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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 Enrique Ibargüen Caicedo

C.C. 1.130.606.147 de Cali (Valle del Cauca.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1019920220

Indicativo Serial 58216293

5821629 3

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 42 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A5F

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

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
IBARGUEN	ROBLES

Nombre(s): JUAN DIEGO

Fecha de nacimiento: Año 2020 Mes OCT Día 20

Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

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

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: ESCRITURA PUBLICA

Número certificado de nacido vivo: #1412

Datos de 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: GALINDO ROBLES ANDREA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 38364445

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos de padre o madre (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: IBARGUEN CAICEDO CRISTIAN ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1130606147

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: IBARGUEN CAICEDO CRISTIAN ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1130606147

Firma

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 05	JUAN CARLOS VARGAS JARAMILLO Notario 42

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

ESPACIO PARA NOTAS

ESTE SERIAL REEMPLAZA AL 58216281 DEL 27 DE OCTUBRE DE 2020, POR CAMBIO DE NOMBRE DEL INSCRITO SEGUN ESCRITURA PUBLICA #1412 DE FECHA 05 DE NOVIEMBRE DEL 2020, DE LA NOTARIA CUARENTA Y DOS (42) DE BOGOTA D.C. INSCRITO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO [illegible] FOLIO 108.

Juan Carlos Vargas Jaramillo Notario 42 Notaría de Bogotá

Juan Carlos Vargas Jaramillo Notario 42

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner

Notaría 09 Cali
VALIDO PARA
PARENTESCO

Notaría 09 Cali

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

11 JUL 2016

NUIP 1104826447

Indicativo Serial 50291007

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 09 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

Lugar de nacimiento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido: IBARGUEN

Segundo Apellido: MORENO

Nombre(s): MARCELO ENRIQUE

Fecha de nacimiento: Año 2010 Mes DIC Día 03

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POS

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMRIA - VALLE - CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: -10469385-9-

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MORENO MEZA FLORA NELLY

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 29.109.032

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: IBARGUEN CAICEDO CRISTIAN ENRJQUE

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1.130.606.147

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: IBARGUEN CAICEDO CRISTIAN ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número): 1.130.606.147

Firma

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: Año 2010 Mes DIC Día 07

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma 1130606147.

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO.

Scanned by CamScanner