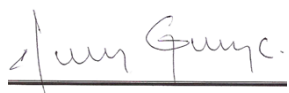


 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL GUAVIARE CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLÓGICO DEL GUAVIARE		Código Regional 95 Código Centro 953310 Fecha Elaboración Junio de 2023 Versión ENERO 2023 - 1,23 ID de Proceso 79035-909772
	DATOS DEL CONTRATISTA		
	Nombres y apellidos contratista: JARVINSON GIRALDO CASTAÑO Correo electrónico contratista: jgiraldoc@sena.edu.co		C.C. 97.612.560 IP/N° de contacto 85337
	Régimen del IVA: NO RESPONSABLE Pertenece al régimen simple de tributación? NO Es declarante de renta? NO Es Pensionado? NO		Banco al cual consignar: BANCO BBVA Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: NO
Inducción SST SI Presta Servicios Excluidos de IVA ? SI		Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 0846000044	
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			
N° del contrato: 4510192/2023 Valor Total del Contrato \$ 44.583.955 Saldo Anterior del Contrato \$ 27.599.591 Nuevo Saldo del Contrato \$ 23.353.500		N° Compromiso SIIF 6423 Periodo objeto de pago Del 01/06/2023 Al 30/06/2023 Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PER/ TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN ÁREA AGRÍCOLA EN ARTICULACIÓN SENA CON LA EDUCACIÓN MEDIA QUE IMPARTE EL CDATTG EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE. RDO N. 95-9-2023-000256.	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios \$ 4.246.091 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.246.091 BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 2.489.612		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00% Retención en la Fuente del Periodo \$ 0 Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0 TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS 9451661498 Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.698.436 Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 212.400 Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 271.800 Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ - ARL \$ 17.800 Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833 \$ 1.061.522 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 Salud hasta \$ 678.592 Renta Exenta 25% \$ 2.792.123 Retención en la Fuente Contingente \$ -		Base retención en la fuente a título de RENTA 2.489.612,00 Base retención en la fuente a título de ICA 0,00 Valor base IVA 0,00 IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19% Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00% Menos Retención IVA 0,00 15% Reteica - 8299 0,00 0,000% Pro-Univesidad de la Amazonia 21.230,00 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 \$4.224.861,00	
SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Impartí FPI en la Institución educativa Antonio Nariño en los horarios definidos por la entidad ficha 2705385 Impartí FPI en la Institución Educativa CDR en los horarios definidos por la entidad ficha 2704492 Impartí FPI en la Institución Educativa Guacamayas en los horarios definidos por la entidad ficha 2705382 Impartí FPI en la Institución educativa INACAMAHO en los horarios definidos por la entidad ficha 2705383 Seleccione estrategias de enseñanza- aprendizaje y evaluación en las fichas asignadas para tal fin Participé en reuniones programadas			
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.		 JARVINSON GIRALDO CASTAÑO 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, JORGE YONATHAN VILLAMIZAR CLAVIJO INSTRUCTOR G10	
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 JUDY ANDREA ESCOBAR AMADO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 97612560		GIRALDO CASTAÑO JARVINSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 26 # 19 B -24	SAN JOSE DEL GUAVIARE- GUAVIARE	5840064	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-05	2023-05	2117357209	9451661498	I	2023/06/15	2023/06/05	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	\$502,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,699,000	\$271,900			\$1,699,000	\$212,400			\$0	\$0			\$1,699,000	\$17,800	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,699,000	\$271,900			\$1,699,000	\$212,400			\$0	\$0			\$1,699,000	\$17,800	
Ciudad: SAN JOSE DEL GUAVIARE Depto: GUAVIARE (1 Afiliados)					\$1,699,000	\$271,900			\$1,699,000	\$212,400			\$0	\$0			\$1,699,000	\$17,800	
1	CC 97612560	GIRALDO JARVINSON	230301	30	\$1,699,000	\$271,900	EPS037	30	\$1,699,000	\$212,400		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,699,000	\$17,800	0
Total Afiliados(1)					\$1,699,000	\$271,900			\$1,699,000	\$212,400			\$0	\$0			\$1,699,000	\$17,800	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 97612560		GIRALDO CASTAÑO JARVINSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 26 # 19 B -24	SAN JOSE DEL GUAVIARE- GUAVIARE	5840064	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-05	2023-05	2117357209	9451661498	I	2023/06/15	2023/06/05	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	\$502,100

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$271,900	\$0	\$0	\$271,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$271,900	\$0	\$0	\$271,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$17,800	\$0	\$0	\$17,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$17,800	\$0	\$0	\$17,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$212,400	\$0	\$0	\$212,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$212,400	\$0	\$0	\$212,400
TOTAL				1	\$502,100	\$0	\$0	\$502,100

Se certifica que GIRALDO CASTAÑO JARVINSON identificado(a) con CC 97612560 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JARVINSON GIRALDO CASTAÑO identificado(a) con CC 97612560

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización	
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl				vip
9451661498	2117357209	I	2023-06-05	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																		\$1,699,000	12.5%	\$212,400
9451661498	2117357209	I	2023-06-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																		\$1,699,000	16%	\$271,900
9451661498	2117357209	I	2023-06-05	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-05	30																		\$1,699,000		\$0
9451661498	2117357209	I	2023-06-05	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-05	30																		\$1,699,000		\$0
9451661498	2117357209	I	2023-06-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-05	30																		\$0	0%	\$0
9451661498	2117357209	I	2023-06-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-05	30																		\$0	0%	\$0
9451661498	2117357209	I	2023-06-05	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-05	30																		\$1,699,000	1.044%	\$17,800

Este certificado se expide el día 2023-06-14 a las 07:16.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 14 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:

T.I.	1120568748	MATIAS GIRALDO VILLANUEVA	HIJO
-------------	-------------------	----------------------------------	-------------

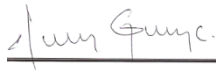
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: JARVINSON GIRALDO CASTAÑO

C.C. 97612560

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPUBLICA DE COLOMBIA



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



2274538
071080

NUIP

1120568748

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

42533496

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina						
Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código <input type="text"/>
País - Departamento - Municipio - corregimiento e/o Inspección de Policía						
REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DE						

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
GIRALDO*****		VILLANUEVA*****	
Nombre(s)			
MATIAS*****			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2008	Mes ABR	Día 21	MASCULINO*****
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE*****			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO*****	50119489-0*****

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
VILLANUEVA GIRALDO EDNA JOHANNA*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0041241750*****	COLOMBIA*****

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
GIRALDO CASTAÑO JARVINSON*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0097612560*****	COLOMBIA*****

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
GIRALDO CASTAÑO JARVINSON*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0097612560*****	

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 2008 Mes MAY Día 06	NGREDDY GISELA ROYERO SANCHEZ*****

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO