SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ANTIOQUIA
CENTRO NACIONAL TEXTIL-ANTIOQUIA

Código Regional	**5**
Código Centro	**920610**
Fecha Elaboración	**30 de Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**56213-611725**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ	**C.C.**	73.591.434	**IP/Nº de contacto**	3008763377
Correo electrónico contratista:	haperez@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: BANCO BBVA **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** 0940281785

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: 4564053/2023 **Nº Compromiso SIIF** **12923**

Valor Total del Contrato	$ 42.333.910	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.669.126	**6**	**Del**	**01/07/2023**	**Al**	**31/07/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.572.296		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:PRESTAR SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN EN LA ARTICULACIÓN CON LA MEDIA TÉCNICA EN EL CTGI

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.096.830		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	**$ 4.096.830**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.408.585**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9452638717**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.732	$ 1.638.732
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.900	$ 204.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.200	$ 262.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.600	$ 8.600
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.024.207	$ -	
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	$ 409.683	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 802.862	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.408.585,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.629.730,00	
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	0,00	0,400%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	16.387,00	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	**$4.080.443,00**	

SON: CUATRO MILLONES OCHENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orienté formación en la ficha 2495393. Institución educativa San Luis de Yarumal
Orienté formación en la ficha 2495451 IE Rural Boca del Monte, Santa Rosa de Osos.
Orienté formación en la ficha 2711498. IE Donmatías de Don Matías.

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.

HUGO ANTONIO PEREZ GOMEZ
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,

GERMAN MAYA RAMIREZ
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

EMILY ELISA CORONADO GARCES

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 73591434		PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	hugoperez-gomez@hotmail.com	VALLEDUPAR-CESAR	3008763377

Clave: 9452638717

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2023/07/11	0	$0	$475,700

Periodo Pensión: 2023-06 **Periodo Salud: 2023-06**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$262,200
COLPENSIONES		1	$262,200
ARL	1	1	$8,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		1	$8,600
EPS	1	1	$204,900
FAMISANAR		1	$204,900
SUBTOTAL			$475,700
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$475,700

Canales de Pago

BANCARIOS	NO BANCARIOS
Banco AV Villas, Banco de Occidente, Banco de Bogotá	Efecty, éxito, SURTIMAX, Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 73591434		PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL30A#4A-80	VALLEDUPAR-CESAR	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	54584406	9452638717	I	2023/07/11	2023/07/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$475,700

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	Días	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)																						$1,638,750	$262,200			$1,638,750	$204,900			$0	$0			$1,638,750		$8,600		$0	$0		$475,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,638,750	$262,200			$1,638,750	$204,900			$0	$0			$1,638,750		$8,600		$0	$0		$475,700
Ciudad: VALLEDUPAR Depto: CESAR (1 Afiliados)																						$1,638,750	$262,200			$1,638,750	$204,900			$0	$0			$1,638,750		$8,600		$0	$0		$475,700
1	CC	73591434	PEREZ HUGO																	25-14	30	$1,638,750	$262,200	EPS017	30	$1,638,750	$204,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,638,750	0.522%	$8,600	0	$0	$0	No	$475,700
Total		**Afiliados(1)**																				$1,638,750	$262,200			$1,638,750	$204,900			$0	$0			$1,638,750		$8,600		$0	$0		$475,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 73591434		PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL30A#4A-80	VALLEDUPAR-CESAR	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	54584406	9452638717	I	2023/07/11	2023/07/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$475,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$262,200	$0	$0	$262,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$262,200	$0	$0	$262,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$0	$0	$8,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,600	$0	$0	$8,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$204,900	$0	$0	$204,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$204,900	$0	$0	$204,900
TOTAL				**1**	**$475,700**	**$0**	**$0**	**$475,700**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de julio 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	**1225074035**	**Estefany Mayreth Pérez López**	**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
Hugo Antonio Pérez Gómez
C.C. 73591434

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1225074035

Indicativo Serial 61206243

6120624 3

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E S Q

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

COLOMBIA - LA GUAJIRA - RIOHACHA - IPS INDIGENA ANASHIWAYA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	LOPEZ

Nombre(s)

ESTEFANY MAYRETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ABR Día 19	9 FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - LA GUAJIRA - RIOHACHA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	166453326

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

LOPEZ AMAYA EMILIS ELIET

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1118853768	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

PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 73591434	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ GOMEZ HUGO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 73591434	

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 2021 Mes ABR Día 19	JAIME ANDRES CEPEDA PLATA Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -