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	**28123-846325**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ALEJANDRO HIGUITA OCAMPO	**C.C.**	1.128.407.027	**IP/Nº de contacto**	1817810
Correo electrónico contratista:	alejohiguita@gmail.com				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **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** 50300029903

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: 4564530/2023 **Nº Compromiso SIIF** **55323**

Valor Total del Contrato	$ 36.188.665	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.532.565	**5**	**Del**	**01/07/2023**	**Al**	**31/07/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.435.735		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	----------	**7883263725**
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	4.096.830,00	
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 - 8559	20.484,00	0,500%
-	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	**$4.059.959,00**	

SON: CUATRO MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral en las fichas asignadas. 2711701 2470449 2711670
Verificar el funcionamiento y realizar mantenimiento físico y lógico a los equipos de cómputo o periféricos
Verificar, validar y poner en marcha el proyecto formativo multimedia
Iniciar la preparación de los contenidos del proyecto productivo

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.

ALEJANDRO HIGUITA OCAMPO
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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1128407027
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALEJANDRO HIGUITA OCAMPO
CIUDAD/MUNICIPIO:	YARUMAL	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 19 #18-17	TELÉFONO:	4417852
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de agencias de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7883263725**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/07/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		26775587

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 262.200
SUBTOTAL:			1	**$ 262.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 204.900
SUBTOTAL:			1	**$ 204.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 8.600
SUBTOTAL:			1	**$ 8.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 475.700**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 475.700**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Medellín, 10 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:

T.I.	**1018257513**	**Nur Celeste Higuita Bailarín**	**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: ALEJANDRO HIGUITA OCAMPO

C.C. 1.128.407.027 de Medellín.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1018257513

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **54366915**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número [24] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 4 M

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HIGUITA	BAILARIN

Nombre(s): NUR CELESTE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes OCT Día 28	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12316306-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BAILARIN BAILARIN LEDYS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.038.803.858	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: HIGUITA OCAMPO ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.128.407.027	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BAILARIN BAILARIN LEDYS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 1.038.803.858	Ledys Bailarin B.

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 2014 Mes ENE Día 02	JOHN FREDY GIRALDO LOPEZ (E)
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	JOHN FREDY GIRALDO LOPEZ (E)
	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 140, FOLIO Nº 38

NOTARIA VEINTICUATRO DE MEDELLIN — JOHN FREDY GIRALDO LOPEZ — NOTARIO (E)

NOTARIA VEINTICUATRO DE MEDELLIN — JOHN FREDY GIRALDO LOPEZ — NOTARIO (E)

NOTARIA VEINTICUATRO DE MEDELLIN — HECTOR MAURICIO DANIEL BRAVO — NOTARIO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

OFIXPRES S.A.S. NIT. 900.156.826-1 100238573

5436891S

Este Serial es copia Fiel tomada de su Original

Que reposa en El Archivo de esta Notaria.

Solicitado personalmente por: ALEJANDRO

HIGUITA OCAMPO C.C N° 1.128.407.027.

Válida para: CUICES

Articulo 115 del decreto 1260 de Julio 27 de 1970

Medellín: 13 ENE 2021 de 20

NOTARIA VEINTICUATRO DE MEDELLIN

HECTOR MAURICIO DAVILA BRAVO

NOTARIO