SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**06883-499714**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	WILSON ALEJANDRO RESTREPO SANCHEZ	**C.C.**	1.061.707.537	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	warestrepo@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:	NEQUI	**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**	87042884713
		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:	4519775/2023			**Nº Compromiso SIIF**	**16723**		
Valor Total del Contrato	$ 31.909.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.609.333	**6**	**Del**	**01/07/2023**	**Al**	**31/07/2023**	**$ 3.860.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 8.749.333		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista, impartiendo formación profesional integral presencial, a distancia o virtual; en los programas de formación en nivel titulada y/o complementaria, del centro de comercio y servicios del SENA Regional Cauca, perteneciente al área o red de conocimiento de integralidad según las necesidades del servicio, en el o los municipios

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.860.000		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	**$ 3.860.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.269.350**		**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	----------	**9452713694**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.544.000	$ 1.544.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 193.000	$ 193.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 247.100	$ 247.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.100	$ 8.100
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 965.000	$ -	
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	$ 386.000	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 756.450	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.269.350,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.860.000,00	
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 - 300	7.720,00	0,200%
-	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	**$3.852.280,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Adelantar las gestionesnecesarias para la ejecución del contrato en condiciones de eficiencia y calidad de acuerdo con las especif
Cumplir el objeto y alcance del contrato, de acuerdo a la programación asignada por el Coordinador@ Académic@
Ejercer el control propio de todas las actividades encomendadas con independencia y autonomía y de forma oportuna y dentro de los térm
Rendir informes académicos que contenga: juicios evaluativos, novedades de los aprendices(llamado de atención verbal, inasistencia rei
Registrar los resultados de la emisión de juicios (criterios de evaluación) relacionados con los logros de resultados de aprendizaje o
Garantizar el autocontrol de la ejecución de horas de formación en el rango establecido por la entidad. En caso de no cumplir con el r
Participar de conformidad con las normas institucionales en los comités de seguimiento y evaluación de aprendices donde se requiera y
Garantizar dentro de los primeros diez (10) días calendario de cada mes, el pago de la seguridad social en salud, pensión y en riesgos
Entregar de forma mensual y oportuna los soportes contractuales requeridos para el trámite de pago de sus honorarios mensuales;

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.

WILSON ALEJANDRO RESTREPO SANCHEZ
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,

OLGA LUCIA HOYOS ASTUDILLO
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

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 23 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	**1061813320**	**SAMUEL RESTREPO BERMUDEZ**	**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: WILSON ALEJANDRO RESTREPO SÁNCHEZ

C.C. 1061707537

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 0657013

NUIP 1.061.813.320

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

RESTREPO BERMUDEZ SAMUEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)									Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	1	6	Mes	O	C	T	Día 1 3	MASCULINO	O +

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Fecha de Inscripción (Mes en letras)									Indicativo serial
Año	2	0	1	6	Mes	O	C	T	Día 2 1	0056359205

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

BERMUDEZ MELLIZO KAREN YISELT

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.061.722.735	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

RESTREPO SANCHEZ WILSON ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.061.707.537	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

RESTREPO SANCHEZ WILSON ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.061.707.537

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA CAUCA POPAYAN	F Z F

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2 0 1 6 Mes O C T Día 2 1

18946635-8

Nombre y firma del funcionario

CONSUELO AMPARO CHANTRE HOYOS (E).

Registrador del Estado Civil

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061707537		RESTREPO SANCHEZ WILSON ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 5 # 22 A 05	POPAYAN-CAUCA	8362455	No

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	62146127	9452713694	I	2023/07/12	2023/07/24	NEQUI	12	$486,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$247,100	$3,500	$0	$250,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$247,100	$3,500	$0	$250,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,100	$200	$0	$8,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,100	$200	$0	$8,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,900	$500	$0	$31,400
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	$30,900	$500	$0	$31,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$193,000	$2,700	$0	$195,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$193,000	$2,700	$0	$195,700
TOTAL				1	$479,100	$6,900	$0	$486,000

Gmail

Alejandro Restrepo Sanchez <alejandro.restreposanchez@gmail.com>

Pago exitoso

1 mensaje

NEQUI <somos@nequi.com.co>
Para: alejandro.restreposanchez@gmail.com

24 de julio de 2023, 10:36



¡Genial!

Hiciste un pago en APORTES EN LINEA por 486000 y todo salió bien.

Si no fuiste tú, fue un error o tienes dudas, escríbenos a escribe@nequi.com.co o llámanos al 3006000100. Estamos por aquí todos los días de 8 a.m. a 10 p.m.

Recuerda seguirnos en Facebook e Instagram, siempre tenemos cosas nuevas.

¡Hasta pronto!

¿Necesitas ayuda?
www.nequi.com.co/ayuda

NEQUI

Copyright ©2020, All rights reserved