SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**911110**
Fecha Elaboración	**Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**19504-900959**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: IVAN JAVIER ALBARRACIN GONZALEZ
Correo electrónico contratista: ialbarracing@sena.edu.co
C.C. 74.184.826 **IP/Nº de contacto** 3218898562

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** 35830741991

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: 4610727/2023 **Nº Compromiso SIIF** 11023

Valor Total del Contrato	$ 16.396.776	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.530.367	**6**	**Del**	**01/07/2023**	**Al**	**25/07/2023**	**$ 2.530.367,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:
Prestar los servicios personales para planear, orientar y evaluar actividades de Formación Profesional Integral que imparte el centro minero en el área de JOYERIA en el programa de Titulada Regular de conformidad con los Lineamientos institucionales y la

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.530.367		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	**$ 2.530.367**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.450.898**		**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	----------	**4506738095**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.214.576
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 151.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 194.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.200	$ 12.700
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 632.591	$ -	
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	$ 253.037	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 483.633	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.450.898,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.530.367,00	
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	1,000%
-	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	**$2.530.367,00**	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PLANEAR, ORIENTAR Y EVALUAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN LA FICHA 2614163
COMPETENCIA "ENSMBLAR JOYAS SEGUN PROCEDIMIENTO TÉCNICO Y NORMATIVA"
ALISTAMIENTO Y TOMA FISICA DE INVENTARIO

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.

IVAN JAVIER ALBARRACIN GONZALEZ
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,

JEIMY LILIANA MOJICA PIRAGAUTA
INSTRUCTOR G13

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

HARVEY YADIVER DIMATE RODRÍGUEZ

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74184826
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			IVAN JAVIER ALBARRACIN GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	TR 26 30-143	TELÉFONO:	3102057
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4506738095**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2023			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/07/05			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994931112

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 194.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 194.400	$ 0	$ 194.400
SUBTOTALES:										**$ 194.400**	**$ 0**	**$ 194.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 151.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 151.900	$ 0	$ 0	$ 151.900
SUBTOTALES:													**$ 151.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 151.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 12.700	$ 12.700	$ 0	$ 0	$ 12.700
SUBTOTALES:									**$ 12.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 12.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																																	
1	CC 74184826	ALBARRACIN GONZALEZ IVAN JAVIER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.215.000				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.215.000	$ 194.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 194.400	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.215.000	$ 151.900	$ 0	$ 151.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.215.000	74184826	$ 12.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 359.000**

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, 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.	**1011095783**	**Valeria Albarracín Laverde**	**HIJO**

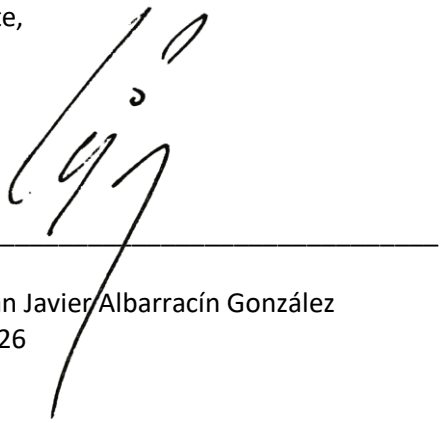
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Iván Javier Albarracín González
C.C. 74184826

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1011095783

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 4 0466509

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría: | Notaría: X | Número: 38 | Consulado: | Corregimiento: | Inspección de Policía: | Código: A1F

Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - BOGOTA D.C. - BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

Datos del inscrito

Primer Apellido: ALBARRACIN

Segundo Apellido: LAVERDE

Nombre(s): VALERIA

Fecha de nacimiento: Año 2006 Mes AGO Día 27

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo Sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C. - BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLI. PALERMO

Número o seriales de pasaporte o visa

A. 7581502

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LAVERDE ROJAS CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 46385755

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ALBARRACIN GONZALEZ IVAN JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 74184826

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ALBARRACIN GONZALEZ IVAN JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. 74184826

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 2006 Mes AGO Día 28

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —