SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CASANARE
CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - SERVICIOS PREST

Código Regional	**85**
Código Centro	**951910**
Fecha Elaboración	**Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**21705-513549**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JHON JAIRO PINO MARTINEZ	**C.C.**	72.295.781	**IP/Nº de contacto**	43656
Correo electrónico contratista:	jhonjairopino@misena.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: 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** 90033521587

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: 4532843/2023 **Nº Compromiso SIIF** **5723**

Valor Total del Contrato	$ 27.871.920	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 11.381.034	**6**	**Del**	**01/07/2023**	**Al**	**31/07/2023**	**$ 3.483.990,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 7.897.044		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL QUE EL CENTRO PROGRAME EN SEDE PRINCIPAL, SUBSEDES O MUNICIPIOS DEL ÁREA INFLUENCIA, PARA RED CONOCIMIENTO HOTELERIA Y TURISMO, RAD.85-9-2023-000264

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.483.990		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	**$ 3.483.990**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.048.318**		**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	----------	**9453083913**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.393.596	$ 1.393.596
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 174.200	$ 174.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 223.000	$ 223.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.300	$ 7.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 870.997	$ -	
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	$ 348.399	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 682.773	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.048.318,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.483.990,00	
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	34.840,00	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	**$3.449.150,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaborar productos de cocina de acuerdo con técnica, receta estándar, orden de producción y normatividad sanitaria. Presentar preparac
Presentar preparaciones según técnicas, criterios de calidad y tendencias de innovación.
De acuerdo con las culturas gastronómicas
reconocimiento del grupo de cocina y verificación de chek list
apoyo a aprendices en horario extracurriculares
normatividad sanitaria. Presentar preparaciones según técnicas, criterios de calidad y tendencias de innovación.
desarrollo curricular, elaboración de guías de aprendizaje y material pedagógico
Horas ejecutadas en el mes de julio 30 horas, se cobran 19 hora del mes de marzo, se cobran 53 hora del mes de abril,
se cobran 58 hora del mes de junio, total horas ejecutadas 160

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.

JHON JAIRO PINO MARTINEZ
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,

MONICA LUCIA MANCIPE RIVERA
INSTRUCTOR G11

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

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA

DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72295781		PINO MARTINEZ JHON JAIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 77 NO 26-44	MEDELLIN-ANTIOQUIA	5807144	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	36280634	9453083913	I	2023/07/21	2023/07/10	BANCOLOMBIA	0	$431,200

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	Dias	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)																						$1,393,596	$223,000			$1,393,596	$174,200			$0	$0			$1,393,596		$34,000		$0	$0		$431,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,393,596	$223,000			$1,393,596	$174,200			$0	$0			$1,393,596		$34,000		$0	$0		$431,200
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)																						$1,393,596	$223,000			$1,393,596	$174,200			$0	$0			$1,393,596		$34,000		$0	$0		$431,200
1	CC	72295781 PINO JHON																		25-14	30	$1,393,596	$223,000	EPS005	30	$1,393,596	$174,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,393,596	2.436%	$34,000	0	$0	$0	No	$431,200
Total	**Afiliados(1)**																					$1,393,596	$223,000			$1,393,596	$174,200			$0	$0			$1,393,596		$34,000		$0	$0		$431,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 72295781		PINO MARTINEZ JHON JAIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 77 NO 26-44	MEDELLIN-ANTIOQUIA	5807144	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	36280634	9453083913	I	2023/07/21	2023/07/10	BANCOLOMBIA	0	$431,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,000	$0	$0	$223,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$223,000	$0	$0	$223,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,000	$0	$0	$34,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,000	$0	$0	$34,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$174,200	$0	$0	$174,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$174,200	$0	$0	$174,200
TOTAL				**1**	**$431,200**	**$0**	**$0**	**$431,200**

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 31 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:

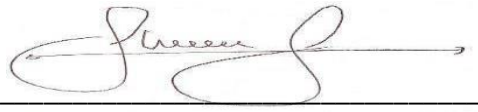
NUIP - NIP	**1033263987**	**VIOLETA PINO BARAJAS**	**HIJO**

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: JHON JAIRO PINO MARTINEZ
C.C. 72295781

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1033263987

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53214645

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 19 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 0014

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

COLOMBIA | ANTIOQUIA | MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PINO	BARAJAS

Nombre(s)

VIOLETA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes ENE Día 05	FEMENINO	**********	

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	12314409 - 2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BARAJAS DUQUE MARIA DEL PILAR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.NR. 43.220.067 MEDELLIN	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PINO MARTINEZ JHON JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.NR. 72.295.781 BARRANQUILLA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PINO MARTINEZ JHON JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.NR. 72.295.781 BARRANQUILLA	

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 13	JAIME ALBERTO PALACIOS CALLE Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARÍA DIECINUEVE
DEL CIRCULO DE MEDELLÍN

Es fiel copia tomada del original que reposa en el archivo de esta Notaría. Se expide para acreditar parentesco a solicitud de EL PADRE

Cédula de Ciudadanía Nro. 72295781
Con destino: EFECTOS CIVILES
Tomada del Folio Nro. ##########
Fecha: Medellín
13 ENE 2014

CARLOS JAVIER PALACIOS CALLE
NOTARIO DIECINUEVE DE MEDELLÍN

Scanned by CamScanner