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	**20124-263182**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CRISTIAN ADEL DEARMAS ITURRIAGO	**C.C.**	1.124.012.532	**IP/Nº de contacto**	3204919085
Correo electrónico contratista:	cristiandearmasabogado@outlook.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: DAVIVIENDA **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** 236000694018

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: 4574625/2023 **Nº Compromiso SIIF** **9023**

Valor Total del Contrato	$ 36.153.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 17.139.200	**6**	**Del**	**01/07/2023**	**Al**	**31/07/2023**	**$ 4.017.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.122.200		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA ORIENTAR FPI PRESENCIAL QUE EL CENTRO PROGRAME EN SEDE PRINCIPAL, SUBSEDES O EN MUNICIPIOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA, PARA RED DE CONOCIMIENTO INSTITUCIONAL DE INTEGRALIDAD, RAD. 85-9-2023-000334.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.017.000		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	**$ 4.017.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.361.675**		**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	----------	**9452644104**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.606.800	$ 1.606.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 200.900	$ 200.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.100	$ 257.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.400	$ 8.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.004.250	$ -	
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	$ 401.700	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 787.225	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.361.675,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.017.000,00	
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 - 8299	40.170,00	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	**$3.976.830,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartí formación a los grupos de CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS FICHA 2713420; PRODUCCION ANIMAL FICHA 2713451; OPERACION TURISTICA LOCAL FICHA 2713456; MANTENIMIENTO DE LOS MOTORES DIESEL FICHA 2713421
En la competencia Ejercer derechos fundamentales del trabajo en el marco de la constitucion politica y los convenios internacionales
Para un total de 160 horas ejecutadas en el mes de Julio, se cobraran 160 horas.

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.

CRISTIAN ADEL DEARMAS ITURRIAGO
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

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1124012532		DEARMAS ITURRIAGO CRISTIAN ADEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 13 N° 26-03	MAICAO-LA GUAJIRA	7266142	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	43272446	9452644104	I	2023/07/11	2023/07/13	BANCO DAVIVIENDA	2	$467,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1124012532	DE ARMAS ITURRIAGO CRISTIAN ADEL	25-14	30	$1,606,800	$257,100	EPS005	30	$1,606,800	$200,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,606,800	$8,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,606,800**	**$257,100**			**$1,606,800**	**$200,900**			**$0**	**$0**			**$1,606,800**	**$8,400**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$257,100	$600	$0	$257,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$257,100	$600	$0	$257,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,400	$100	$0	$8,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,400	$100	$0	$8,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,900	$500	$0	$201,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,900	$500	$0	$201,400
TOTAL				1	$466,400	$1,200	$0	$467,600

2023/07/26 06:16 PM

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	**1243538100**	**ADEL JOSE DE ARMAS BOLAÑO**	**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: CRISTIAN ADEL DE ARMAS ITURRIAGO

C.C. 1.124.012.532

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

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

Adhesivo Copia Registro Civil
26995221-5

60607351

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1243538100

Indicativo Serial: 60607351

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrado: X | Notaría: | Número: | Consulado: | Corregimiento: | Inspección de: | Código: S 1 A

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

COLOMBIA - LA GUAJIRA - MAICAO MAICAO,SOCIEDAD MEDICA CLINICA MAICAO S.A. ******

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DE ARMAS ******	BOLAÑO ******

Nombre(s)

ADEL JOSE ******

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes NOV Día 24	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - LA GUAJIRA - MAICAO ******

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO ******	163245373 ******

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con fines matrimoniales, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BOLAÑO JULIO JOSELIS DEL CARMEN ******

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1010078090 ******	COLOMBIA ******

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con fines matrimoniales, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

DE ARMAS ITURRIAGO CRISTIAN ADEL ******

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1124012532 ******	COLOMBIA ******

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DE ARMAS ITURRIAGO CRISTIAN ADEL ******

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1124012532 ******	Cristian L

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 2020 Mes NOV Día 25	JOSE ANGEL BRITO GOMEZ Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:CN - CERTIFICADO NACIDO VIVO VIRTUAL;25/11/2020