SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**
**CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC - SERVICOS PRESTAD**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **921010** |
| **Fecha Elaboración** | **Agosto de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **25498-757497** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JAVIER EMILIO YARA AMAYA | **C.C.** | 93.481.465 | **IP/Nº de contacto** | 3202364445 |
| **Correo electrónico contratista:** | jeyara@sena.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** 89561806641

**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:** 4550708/2023 **Nº Compromiso SIIF** 14023

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 28.000.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 4.266.667 | **7** | **Del** | **01/08/2023** | **Al** | **31/08/2023** | **$ 4.000.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 266.667 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL, COMO INSTRUCTOR(A) PARA LA EJECUCIÃ“N

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.000.000 | | 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** | **$ 4.000.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.345.400** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | Agosto | Julio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **1056676386** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.600.000 | $ 1.600.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 200.000 | $ 200.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 256.000 | $ 256.000 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 16.800 | $ 16.800 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.000.000 | $ - | |
| 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 | $ 400.000 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 781.800 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.345.400,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.544.000,00 | |
| 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 | 34.235,00 | 0,966% |
| - | 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** | **$3.965.765,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atención a la formación Presencial y Virtual grupos de TPS Trim 3, Martes - Viernes, 12 - 18 PM Ficha 2671336_G1
Y ADSO Trim 4, Lunes, Jueves y Viernes, 18 - 22 PM Ficha 2617510_G2
Instalar la aplicación de software de acuerdo con el plan de implementación establecido.
Identificar los componentes del manual de Usuario.
Realizar el manual de usuario, según normas y procedimientos establecidos.
Elaborar los artefactos necesarios para el despliegue del software
Realizar la evaluación de artefactos del software
Pago seguridad social mes de julio del 2023 Planilla 1056676386
Desarrollo de Guías y Talleres virtuales y presenciales de la PPPF

**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.

**JAVIER EMILIO YARA AMAYA**
**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,

**ANA YAQUELINE CHAVARRO PARRA**
**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**

**PEDRO RODRIGUEZ SANDOVAL**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2023-08-07, 01:26:10 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1056676386

**Periodo Cotización** 202307 **Periodo Servicio** 202307

**Cliente:**

## PAGADA 2023-08-07 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JAVIER EMILIO YARA AMAYA | | | | |
| **Documento** | CC 93481465 | **Dirección** | CL 33 #24 B - 171 CIUDAD VERDE | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3202364455 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | SOACHA | **Departamento** | CUNDINAMARCA | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 93481465 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | YARA AMAYA JAVIER EMILIO | 25754000 - 25 | | CUNDINAMARCA |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.600.000 | 25-14 | | 16 % | $ 1.600.000 | $ 256.000 | $ 0 | $ 0 | EPS002 | | 12,5 % | $ 1.600.000 | $ 200.000 | $ 0 | 14-23 | 2 | 1,044 % | $ 1.600.000 | $ 16.800 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | SALUD TOTAL EPS | POSITIVA DE SEGUROS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 256.000 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 | $ 16.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 472.800 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Bogotá, 31 de agosto 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1105306448** | **MAILY SAMARA YARA MURIEL** | **HIJO** |
| **NUIP - NIP** | **1027540182** | **HELLEN LUCIANA YARA MURIEL** | **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: Javier Emilio Yara Amaya

C.C. 93481465 de Prado

Adjunto: Registro Civil

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

**NUIP** 1.105.306.449

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 52303187

***Datos de la oficina de registro - Clase de oficina***

| Registraduria | Notaria | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policia | **Código** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| X | | | | | | T 2 T |

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

REGISTRADURIA DE PRADO - COLOMBIA - TOLIMA - PRADO

***Datos del inscrito***

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| YARA | MURIEL |

**Nombre(s)**

MAILY SAMARA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguineo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2014 Mes MAR Día 21 | FEMENINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA TOLIMA ESPINAL

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 12485326-0 |

***Datos de la madre***

**Apellidos y nombres completos**

MURIEL PERALTA KAREN TATIANA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.105.305.452 | COLOMBIA |

***Datos del padre***

**Apellidos y nombres completos**

YARA AMAYA JAVIER EMILIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 93.481.465 | COLOMBIA |

***Datos del declarante***

**Apellidos y nombres completos**

YARA AMAYA JAVIER EMILIO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 93.481.465 | |

***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 MAR Día 25 | MARTHA LUCIA TIJARO RAVAS - REGIS<br>Nombre y firma |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

Doy fe que esta fotocopia coincide con un documento AUTENTICADO que he tenido a la vista.
21 DIC 2018
EDGAR GARCIA
NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE PURIFICACION TOLIMA

NOTARIA UNICA DEL CIRCULO DE EDGAR GARCIA NOTARIO PURIFICACIÓN - TOLIMA

OFIXPRES SAS NIT 900 156.828-1 100238573

**- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -**

Escaneado con CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1027540182

Indicativo Serial 59346872

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 58 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 9 H

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

**********COLOMBIA *** CUNDINAMARCA *** BOGOTA D.C.**********

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| YARA********** | MURIEL********** |

**Nombre(s)**

HELLEN LUCIANA**********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2019 Mes FEB Día 14 | FEMENINO | O | POSITIVO |

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

**********COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C.**********

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO********** | 15342937-1********** |

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

Apellidos y nombres completos

MURIEL PERALTA KAREN TATIANA**********

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 1105305452 DE PRADO********** | COLOMBIANA********** |

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

Apellidos y nombres completos

YARA AMAYA JAVIER EMILIO**********

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 93481465 DE PRADO********** | COLOMBIANA********** |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

YARA AMAYA JAVIER EMILIO**********

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. No. 93481465 DE PRADO********** | |

**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 2019 Mes FEB Día 20 | LUIS FERNANDO QUINTERO FACUNDO<br>Nombre y firma |

LUIS FERNANDO QUINTERO FACUNDO
CIRCULO DE BOGOTA D.C.

- SELLO PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner