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	**Agosto de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**05253-555581**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: EDUARDO AUGUSTO BERMUDEZ PARRA
Correo electrónico contratista: ebermudezp@sena.edu.co
C.C. 4.376.400 **IP/Nº de contacto** 192

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** 136270173760

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: 4548149/2023 **Nº Compromiso SIIF** 7623

Valor Total del Contrato	$ 24.102.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.958.550	**6**	**Del**	**01/07/2023**	**Al**	**31/07/2023**	**$ 2.259.562,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 3.698.988		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 MUNICIPIOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA, PARA LA RED DE CONOCIMIENTO ELECTRONICA Y AUTOMATIZACION, RAD.85-9-2023-000307

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.259.562		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	$ 3.012.750			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.272.312**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.358.209**		**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	----------	**9453513348-945**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.205.100
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 150.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 192.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 6.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.318.078	$ -	
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	$ 257.100	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 200.900	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.400	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.119.403	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.358.209,00	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.259.562,00	
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	22.596,00	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	**$2.236.966,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar la formación profesional integral presencial que el Centro programe en su sede principal, subsedes o en los municipios del área de influencia, de acuerdo con los lineamientos estipulados por el SENA. Teniendo como grupo de titulada Tecnólogo en Implementación y Mantenimiento de Sistemas de Instrumentación y Control de Procesos Industriales, con número de ficha 2557775 de forma presencial durante 138 correspondientes al mes de mayo en la competencia 280401025 Establecer comisionamiento según procedimiento técnico y diseño del sistema de automatización. Para un total de 90 horas.
Adjunto reajuste de pago según planilla No. 9454830910

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.

EDUARDO AUGUSTO BERMUDEZ PARRA
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 4376400		BERMUDEZ PARRA EDUARDO AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	clle10 14-34	ARMENIA-QUINDIO	7376536	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	41943280	9453513348	I	2023/07/05	2023/07/12	BANCO DAVIVIENDA	7	$339,500

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Ciudad: ARMENIA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
1	CC	4376400	BERMUDEZ EDUARDO	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$6,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0

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 4376400		BERMUDEZ PARRA EDUARDO AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	clle10 14-34	ARMENIA-QUINDIO	7376536	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	41943280	9453513348	I	2023/07/05	2023/07/12	BANCO DAVIVIENDA	7	$339,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$1,500	$0	$187,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$1,500	$0	$187,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$100	$0	$6,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$100	$0	$6,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$1,200	$0	$146,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$145,000	$1,200	$0	$146,200
TOTAL				**1**	**$336,700**	**$2,800**	**$0**	**$339,500**

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 4376400		BERMUDEZ PARRA EDUARDO AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	clle10 14-34	ARMENIA-QUINDIO	7376536	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	96002744	9454830910	N	2023/07/05	2023/08/10	BANCO DAVIVIENDA	36	$14,000

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$45,100	$7,300			$45,100	$5,700			$0	$0			$45,100	$200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$45,100	$7,300			$45,100	$5,700			$0	$0			$45,100	$200		$0	$0
Ciudad: ARMENIA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)					$45,100	$7,300			$45,100	$5,700			$0	$0			$45,100	$200		$0	$0
1	CC	4376400	BERMUDEZ EDUARDO	230301	30	($1,160,000)	($185,600)	EPS037	30	($1,160,000)	($145,000)		0	$0	$0	14-23	30	($1,160,000)	($6,100)	0	$0	$0
2	CC	4376400	BERMUDEZ EDUARDO	230301	30	$1,205,100	$192,900	EPS037	30	$1,205,100	$150,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,205,100	$6,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$45,100	$7,300			$45,100	$5,700			$0	$0			$45,100	$200		$0	$0

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 4376400		BERMUDEZ PARRA EDUARDO AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	clle10 14-34	ARMENIA-QUINDIO	7376536	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	96002744	9454830910	N	2023/07/05	2023/08/10	BANCO DAVIVIENDA	36	$14,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,300	$400	$0	$7,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$7,300	$400	$0	$7,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200	$100	$0	$300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$200	$100	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,700	$300	$0	$6,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$5,700	$300	$0	$6,000
TOTAL				1	$13,200	$800	$0	$14,000

Bogotá, 31 de julio de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Bogotá

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	**1094969976**	**Valery Bermúdez Murillo**	**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: Eduardo Augusto Bermúdez Parra
C.C. 4376400

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

56601115

NUIP 1.094.969.976

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56601115

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** N Z Y

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

REGISTRADURIA DE ARMENIA - COLOMBIA - QUINDIO - ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BERMUDEZ	MURILLO

Nombre(s)

VALERY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes AGO Día 20	FEMENINO	O	NEGATIVO

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	13372560-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MURILLO ANGEL VALENTINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.094.938.586	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ PARRA EDUARDO AUGUSTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 4.376.400	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ PARRA EDUARDO AUGUSTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 4.376.400	X

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 2016 Mes AGO Día 30	CLAUDIA MARCELA CAMPUZANO LOZANO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRACURIA ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL DE ARMENIA

EL SUSCRITO REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL DE ARMENIA

C E R T I F I C A

Que la presente fotocopia corresponde al DOCUMENTO ORIGINAL que se encuentra en los archivos de esta Registraduría

VALIDO PARA: TRAMITES LEGALES

FECHA: 27 DIC 201

Se omite sello para dar cumplimiento al Decreto 2150/95

Adhesivo Copia Registro Civil
19674180-8
REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CLAUDIA MARCELA CAMPUZANO LOZANO
Registrador Especial del Estado Civil