SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO

Código Regional	**73**
Código Centro	**101073**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**92593-129314**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DERLY ANDREA PARRADO ACOSTA	**C.C.**	65.631.684	**IP/Nº de contacto**	84304
Correo electrónico contratista:	daparradoa@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **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** 15357387407

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: 4634550/2023 **Nº Compromiso SIIF** **9323**

Valor Total del Contrato	$ 49.760.458	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.618.390	**7**	**Del**	**01/08/2023**	**Al**	**31/08/2023**	**$ 4.523.678,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.094.712		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES CO1.PCCNTR.4634550 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA LA ORIENTACIÓN DE USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y PROCESO DE EMPRENDIMIENTO Y EMPRESARISMO DEL SENA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.523.678		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	**$ 4.523.678**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.399.027**		**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	----------	**9454416380**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.809.471	$ 1.809.471
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 226.200	$ 226.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 289.600	$ 289.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.500	$ 9.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.130.919	$ -	
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	$ 452.368	
Salud hasta $ 678.592	$ 437.877	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 777.033	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.399.027,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.523.678,00	
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 - 7010	13.571,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Bomberos	814,00	6,000%
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	**$4.509.293,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NUEVE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se formulan 4 planes de negocio para fondo emprender
Se reporta 1 empresa off llamada Konca Factory SAS
Se reporta 1 empresa off llamada Tiny KMI
Se trabaja en la organización documental del mes

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.

DERLY ANDREA PARRADO ACOSTA
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,

JULY CATHERINE BENITEZ TRIANA
PROFESIONAL G02

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
MARTHA LUCIA AYALA JARA
DIRECTOR REGIONAL B G07

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65631684		PARRADO ACOSTA DERLY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 93 #7 sur 59	IBAGUE-TOLIMA	2000000	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-07	2023-07	110644170	9454416380	I	2023/08/22	2023/08/18	BANCOLOMBIA	0	$525,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$289,600	$0	$0	$289,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$289,600	$0	$0	$289,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,500	$0	$0	$9,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,500	$0	$0	$9,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$226,300	$0	$0	$226,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$226,300	$0	$0	$226,300
TOTAL				1	$525,400	$0	$0	$525,400

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, 22 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 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	**1201471434**	**ANTONELLA GUTIERREZ PARRADO**	**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: DERLY ANDREA PARRADO ACOSTA

C.C. 65631684 DE IBAGUE

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP	1201471434

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55143179

55143179

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría X	Número 0 3	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	E	M	H
☐	☐		☐	☐	☐				

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

COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUTIERREZ	PARRADO

Nombre(s)

ANTONELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes ABR Día 04	FEMENINO	A	POS

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

COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	14016684-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PARRADO ACOSTA DERLY ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 65,631,684 DE IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GUTIERREZ GUTIERREZ GILBERLY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 5,826,418 DE IBAGUE	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUTIERREZ GUTIERREZ GILBERLY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 5,826,418 DE IBAGUE	Gilberly Gutierrez G.

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 2017 Mes ABR Día 05	ESPERANZA RODRIGUEZ ACOSTA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

EL NOTARIO 8° DE IBAGUE

EXPIDE LA PRESENTE FOTOCOPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA

SE EXPIDE VALIDA PARA:

IBAGUE, 06 ABR 2017

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 8
IBAGUE
Esperanza Rodriguez Acosta

N8

Este Registro Tiene Validez para Todos los Efectos sin tener un cuenta la Fecha de su Expedición.
Art. 21 Ley 962 / 2005

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Allianz Seguros de Vida S.A.

NIT 860.027.404-1

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) **PARRADO ACOSTA, DERLY ANDREA**, identificado (a) con CC **65631684** contrató para el año 2022 la póliza de salud N°**022463969** a través de Allianz Seguros de Vida S.A y registro pagos por concepto de primas de los asegurados asociados a esta póliza, los cuales se relacionan a continuación:

ASEGURADOS:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PRIMA
GUTIERREZ PARRADO, ANTONELLA	RC-1201471434	Hijo	1.869.950,47
		TOTAL	1.869.950,47
		IVA	93.497,52
		TOTAL + IVA	**1.963.447,99**

LA SUMA DE: 1.963.447,99 (UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS CON NOVENTA Y NUEVE CENTAVOS)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C. a los 17 días del mes de Enero de 2023 (17/01/2023), de acuerdo a lo establecido por el artículo 87 del Estatuto Tributario.

Cordialmente,

Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.

Allianz Seguros de Vida S.A.

NIT 860.027.404-1

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) **PARRADO ACOSTA, DERLY ANDREA**, identificado (a) con CC **65631684** contrató para el año 2022 la póliza de salud N°**022651711** a través de Allianz Seguros de Vida S.A y registro pagos por concepto de primas de los asegurados asociados a esta póliza, los cuales se relacionan a continuación:

ASEGURADOS:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PRIMA
PARRADO ACOSTA, DERLY ANDREA	CC-65631684	Asegurado principal	3.134.362,85
		TOTAL	3.134.362,85
		IVA	156.718,14
		TOTAL + IVA	**3.291.080,99**

LA SUMA DE: 3.291.080,99 (TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL MIL OCHENTA PESOS CON NOVENTA Y NUEVE CENTAVOS)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C. a los 17 días del mes de Enero de 2023 (17/01/2023), de acuerdo a lo establecido por el artículo 87 del Estatuto Tributario.

Cordialmente,

Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.