SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO MINERO-BOYACÁ

Código Regional	**15**
Código Centro	**911110**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**22915-213683**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JHON JAIRO DUARTE BENAVIDES	**C.C.**	4.192.144	**IP/Nº de contacto**	3144741099
Correo electrónico contratista:	jjduarte@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: 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** 416000058436

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: 4610529/2023 **Nº Compromiso SIIF** **10523**

Valor Total del Contrato	$ 31.435.600	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.561.662	**7**	**Del**	**01/08/2023**	**Al**	**31/08/2023**	**$ 3.929.450,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.632.212		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: RADICADO 15-9-2023-001503 PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR, ORIENTAR Y EVALUAR ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE IMPARTE EL CENTRO MINERO EN EL ÁREA DE CULTURA FISICA EN EL PROGRAMA DE TITULADA REGULA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.929.450		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	**$ 3.929.450**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.310.154**		**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	----------	**4513606668**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.571.780	$ 1.571.780
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 196.500	$ 196.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 251.500	$ 251.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.300	$ 8.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 982.362	$ -	
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	$ 392.945	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 770.051	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.310.154,00	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.929.450,00	
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	0,00	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	**$3.929.450,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS VEINTINUEVE MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

SEMANA 1 (DEL 1 AL DE AGOSTO), IMPARTIR FORMACIÓN A LAS FICHAS: 2556016, 2629851, 2498874, ,2758712, 2678176, 2498872, 2769531, 2556014, 2696915, 2615133, 2670128, 2769537, 2770351 EN LA TRANSVERSAL EN CULTURA FISICA; EN LA COMPETENCIA GENERAR HABITOS DE V. S.
SEMANA 2 (DEL 8 AL 11 de AGOSTO), IMPARTIR FORMACIÓN A LAS FICHAS: 2556016, 2629851, 2498874, ,2758712, 2678176, 2498872, 2769531, 2556014, 2696915, 2615133, 2670128, 2769537, 2770351 EN LA TRANSVERSAL EN CULTURA FISICA; EN LA COMPETENCIA GENERAR HABITOS DE VIDA S.
SEMANA 3 (DEL 14 AL 18 de AGOSTO), IMPARTIR FORMACIÓN A LAS FICHAS: 2556016, 2629851, 2498874, ,2758712, 2678176, 2498872, 2769531, 2556014, 2696915, 2615133, 2670128, 2769537, 2770351 EN LA TRANSVERSAL EN CULTURA FISICA; EN LA COMPETENCIA GENERAR HABITOS DE VIDA S.
SEMANA 4 (22 Y 31 de AGOSTO), IMPARTIR FORMACIÓN A LAS FICHAS: IMPARTIR FORMACIÓN A LAS FICHAS: 2556016, 2629851, 2498874, ,2758712, 2678176, 2498872, 2769531, 2556014, 2696915, 2615133, 2670128, 2769537, 2770351 EN LA TRANSVERSAL EN CULTURA FISICA; EN LA COMPETENCIA GENERAR HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

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 DUARTE BENAVIDES
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,

JEIMY LILIANA MOJICA PIRAGAUTA
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

HARVEY YADIVER DIMATE RODRÍGUEZ

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	4192144
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JHON JAIRO DUARTE BENAVIDES
CIUDAD/MUNICIPIO:	DUITAMA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 31 0 12B-*03	TELÉFONO:	7606460
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4513606668**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2023
DÍAS DE MORA:		6			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/08/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1110208180

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 251.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.700	$ 0	$ 251.500	$ 1.700	$ 253.200
SUBTOTALES:										**$ 251.500**	**$ 1.700**	**$ 253.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 196.500	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 196.500	$ 1.400	$ 0	$ 197.900
SUBTOTALES:													**$ 196.500**	**$ 1.400**	**$ 0**	**$ 197.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.300	$ 8.300	$ 100	$ 0	$ 8.400
SUBTOTALES:									**$ 8.300**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 8.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, 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:

C.C.	**23854636**	**MARIA ROMAN AVELLA BENAVIDES**	**MADRE**

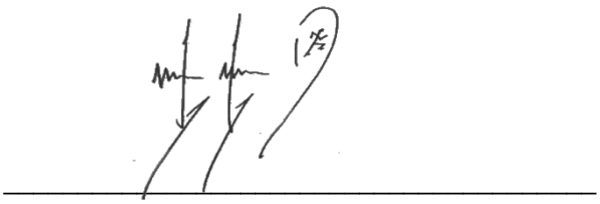
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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 DUARTE BENAVIDES

C.C. 4192144 de Paipa, Boyacá


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 23.854.636
BENAVIDES AVELLA
APELLIDOS
MARIA ROMAN
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 01-ABR-1961
PAIPA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
26-JUL-1979 PAIPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-0718100-00157874-F-0023854636-20090529
0011908270A 1
4980007035

C.P. JOSE ALFREDO RODRIGUEZ BRIJLADO
3118465111
jarb901213@gmail.com

CERTIFICADO DE INGRESOS DE PERSONA NATURAL

El Suscrito Contador Público identificado con cédula de ciudadanía número 1.053.608.542 expedida en el municipio de Paipa y con tarjeta profesional número 229882-T expedida por la UAE JUNTA CENTRAL DE CONTADORES, en pleno ejercicio de mis facultades, con base en la documentación revisada entre la cual se encuentra, registro único tributario de régimen simplificado junto con documentos relacionados en el ejercicio de su ocupación como trabajador independiente, expido y firmo la siguiente certificación:

Que la señora **MARIA ROMAN AVELLA BENAVIDES** identificado con cédula de ciudadanía número 23.854.636 expedida en Paipa - Boyacá, mayor de edad y vecina de la ciudad de PAIPA (BOYACA), percibe ingresos promedio mensuales por valor de quinientos mil pesos mensuales en el año 2023 ($500.000).

La presente se firma en el municipio de Paipa a los quince (15) días del mes de marzo del año 2023, a solicitud del interesado y con destino al SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA).

Jose Alfredo Rodriguez Brijlado
JOSE ALFREDO RODRIGUEZ BRIJLADO
CC 1.053.608.542 Paipa
TP 229.882-T
Anexo Fotocopia de Tarjeta Profesional y Cedula de Ciudadanía

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

229882-T



JOSE ALFREDO
RODRIGUEZ BRIJLADO
C.C. 1053608542
RES. INSCRIPCION 535 DEL 07/07/2017
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA
DIRECTOR GENERAL

234761 249670

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 6444450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Calle 96 No. 9 A – 21 Bogotá D.C

FIRMA

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

B57E980C75F98DB9

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JOSE ALFREDO RODRIGUEZ BRIJLADO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1053608542 de PAIPA (BOYACÁ) Y Tarjeta Profesional No 229882-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS * * *



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.053.608.542

RODRIGUEZ BRIJALDO

APELLIDOS

JOSE ALFREDO

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-DIC-1990

PAIPA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

05-ENE-2009 PAIPA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0718100-00155778-M-1053608542-20090507 0011306272A 1 27630201