

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ANTIOQUIA INTEGRACION CON LA MEDIA-COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL PECUARIO Y TURISTICO		Código Regional		5
			Código Centro		950410
			Fecha Elaboración		Agosto de 2023
			Versión		ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso		35382-212268
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		LUZ DANNY ARCINIEGAS ESPITIA		C.C.	66.786.624
Correo electrónico contratista:		luzdannyar@hotmail.com		IP/N° de contacto	44224
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
				N° Cuenta	0570393770000395
				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					
N° del contrato:		4627189/2023		N° Compromiso SIIF	16223
Valor Total del Contrato		\$ 39.875.812	N ° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 17.343.247	7	Del 01/08/2023 Al 31/08/2023	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 13.246.417		Legalización comisiones del periodo \$ 48.000,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA O COMPLEMENTARIA EN LA RED DE CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA, MODALIDAD PRESENCIAL EN EL COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURÍSTICO			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 4.096.830	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.144.830	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.440.985	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Agosto	Julio	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.638.732	\$ 1.638.732	Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 204.900	\$ 204.900	Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 262.200	\$ 262.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	
ARL		\$ 8.600	\$ 8.600	Menos Retencion IVA	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -	\$ -	Reteica - 8299	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -	\$ -	Jaime Isaza Cadavid	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -	\$ -	Otras Retenciones	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -	\$ -	Otras Retenciones	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	
Dependientes hasta		\$ 1.357.184	\$ 414.483	VALOR A PAGAR	
Salud hasta		\$ 678.592	\$ -	\$4.080.251,00	
Renta Exenta 25%		\$ 2.792.123	\$ 813.662		
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -		
SON: CUATRO MILLONES OCHENTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS SE ENCUENTRAN DETALLADAS EN EL INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL DEL MES CORRESPONDIENTE					
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.					
LUZ DANNY ARCINIEGAS ESPITIA 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,					
JAVIER ALVEIRO ZULUAGA GARCIA INSTRUCTOR G20					
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 GUSTAVO ADOLFO CASTAÑO ESTRADA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	66786624	NÚMERO PLANILLA:	4505357888	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		LUZ DANNY ..ARCINIEGAS ESPITIA		PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	
CIUDAD/MUNICIPIO:	APARTADO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA	DÍAS DE MORA:	2023		2023
DIRECCIÓN:	CALLE 98 A NO 107-55 ORTIZ- 3003831823	TELÉFONO:	8286323	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995210364
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE		2023/07/31		
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				

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	\$ 262.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 262.200	\$ 0	\$ 262.200
SUBTOTALES:										\$ 262.200	\$ 0	\$ 262.200

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD			1	\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 204.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 204.900	\$ 0	\$ 0	\$ 204.900	
SUBTOTALES:														\$ 204.900	\$ 0	\$ 0	\$ 204.900	

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	\$ 8.600	\$ 8.600	\$ 0	\$ 0	\$ 8.600
SUBTOTALES:								\$ 8.600	\$ 0	\$ 0	\$ 8.600	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP			DÍAS COT	IBC	PARAFISCALES							
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN			DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 66786624	ARCINIEGAS ESPITIA LUZ DANNY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.638.732				NO																		230301-PORVENIR	30	1.638.732	\$ 262.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 262.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	1.638.732	\$ 204.900	\$ 0	\$ 204.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.638.732	\$ 66786624	\$ 8.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL

\$ 475.700

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Apartadó, 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 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	1067852226	LUIS FELIPE ARCINIEGAS ESPITIA	HIJO
-------------------	-------------------	---------------------------------------	-------------

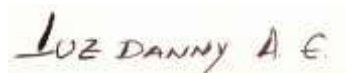
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



Nombre: LUZ DANNY ARCINIEGAS ESPITIA

C.C. 66786624

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

05042280007

NUIP 1067852226

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38000762

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código <input type="text"/>	Y	Q
País - Departamento - Municipio - corregimiento e/o Inspección de Policía								

REGISTRADURIA DE MONTERIA COLOMBIA CORDOBA MONTERIA*****

Datos del inscrito

Primer Apellido ARGINIEGAS***** Segundo Apellido ESPITIA*****

Nombre(s) LUIS FELIPE*****

Fecha de nacimiento Año 2 0 0 5 Mes A B R Día 2 2 Sexo (en letras) MASCULINO***** Grupo sanguíneo O***** Factor RH +*****

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección) COLOMBIA CORDOBA MONTERIA*****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO***** Número certificado de nacido vivo A6396381*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos ARGINIEGAS ESPITIA LUZ DANNY*****

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0066786624***** Nacionalidad COLOMBIA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos *****

Documento de identificación (Clase y número) ***** Nacionalidad *****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ARGINIEGAS ESPITIA LUZ DANNY*****

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0066786624***** Firma

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

Año 2 0 0 5 Mes J U N Día 1 5

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ALEJANDRO CASTRO GABRIEL CORRALES

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -