SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**86431-390990**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS VALENCIA VALENCIA	**C.C.**	11.794.679	**IP/Nº de contacto**	3106285507
Correo electrónico contratista:	cvalencia@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: BANCO DE BOGOTA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 979040060

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: 5115383/2023 **Nº Compromiso SIIF** **58223**

Valor Total del Contrato	$ 18.839.154	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.374.482	**3**	**Del**	**01/08/2023**	**Al**	**31/08/2023**	**$ 3.248.130,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 12.126.352		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE TRECE (13) INSTRUCTORES PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL TITULADA, PROGRAMADA POR EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DEL CHOCÓ PARA LA VIGENCIA 2023 EN LAS ÁR

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.248.130		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	$ 216.542			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.464.672**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.626.283**		**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	----------	**9454367775**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.299.252	$ 1.299.252
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 162.500	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 207.900	$ 207.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.800	$ 6.800
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 866.168	$ 6.600	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ 201.900	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 207.900	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 162.500	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 6.800	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 346.467	
Salud hasta $ 678.592	$ 157.700	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 501.101	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.626.283,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.877.730,00	
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 - 8551	5.755,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	48.722,00	1,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	417.626,00	
VALOR A PAGAR	**$2.776.027,00**	

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizaron las siguientes actividades:
ficha: 2708860 COMPETENCIAS. Atención a Requerimientos de Servicios de Soporte Técnico: identificación de requerimiento con la realiza -ción del taller diseño de un sistema de seguridad mediante cámaras ubicación CDS. Implementación de la Red Física de Datos: red de cableado para la conexión de cámara y DVR, montaje de cámaras y configuración de DVR.
Utilizar herramientas informáticas de acuerdo con las necesidades de manejo de información: taller de operadores en Excel, funciones (fecha y hora, texto, información).
Montaje de red de internet cableado y Organización y ubicación de Equipos de computo para la competencia empoderamiento selva de WordlSkills en los ambientes disponibles para la misma.

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.

CARLOS VALENCIA VALENCIA
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,

JACKSON ARIEL URRUTIA CHALA
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

CARLOS NEHEMIAS SALAMANDRA MARTINEZ

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Quibdó, 29 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:

T.I.	**1034923348**	**LAIA ISABELA VALENCIA MENA**	**HIJO**
T.I.	**1078457774**	**DIANA CRISTINA VALENCIA SERNA**	**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: CARLOS VALENCIA VALENCIA
C.C. 11.794.679

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1034923348

Indicativo Serial 52652400 ge

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 08 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 008

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

********** COLOMBIA ********** ANTIOQUIA ********** MEDELLIN **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VALENCIA**********	MENA**********

Nombre(s)

LAIA ISABELA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes OCT Día 22	FEMENINO		

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

**********COLOMBIA ******* ANTIOQUIA ******* MEDELLÍN**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11370414-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MENA MARMOLEJO INDIRA VICTORIA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 54255936	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VALENCIA VALENCIA CARLOS **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 11794679	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VALENCIA VALENCIA CARLOS **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 11794679	

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 2012 Mes OCT Día 25	FABIO ALBERTO ORTEGA MARQUEZ Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 429 7110

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

SEP 2016

NUIP 1078457774

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35563770

Dic-13-05

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría 2 Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 3411

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

COLOMBIA CHOCO QUIBDO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VALENCIA	SERNA

Nombre(s)

DIANA CRISTINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes DIC Día 05	FEMENINO	X X	X

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

COLOMBIA CHOCO QUIBDO= HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO	A 6898916

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SERNA MATURANA MARIA MAGDALENA

Documento de identificacón (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 35.602.768 DE QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VALENCIA VALENCIA CARLOS

Documento de identificacón (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 11.794.679 DE QUIBDO	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VALENCIA VALENCIA CARLOS

Documento de identificacón (Clase y número)	Firma
C.C. # 11.794.679 DE QUIBDO	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X X X X X	X X

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X X X X X	X X

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2005 Mes DIC Día 13	BASILIA PALACIOS GARCIA
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

FEGA S.A. NIT. 890.321.151-0

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

* 3 5 5 6 3 7 7 0 *

NOTARÍA SEGUNDA DEL CIRCUITO [illegible]

Es fiel copia tomada del original que reposa en esta oficina.

Expedido y sellado en [illegible]

Identificado(a) con 25-602-768

Para efectos de [illegible]

Se dealina para demostrar y sello [illegible] valido para el fin señalado. (Art. 1o. Dec. 278 de 1972)

Dado en [illegible]

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11794679		VALENCIA VALENCIA CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 5 N 24 - 137 piso 2	QUIBDO-CHOCO	6711825	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	06294088	9454367775	I	2023/08/18	2023/08/22	BANCO DE OCCIDENTE	4	$379,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	11794679	VALENCIA VALENCIA CARLOS																		230301	30	$1,299,252	$207,900	EPS005	30	$1,299,252	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,299,252	$6,800	0	$0	$0	No	$377,200
Total	**Afiliados(1)**																						$1,299,252	$207,900			$1,299,252	$162,500			$0	$0			$1,299,252	$6,800		$0	$0		$377,200

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11794679		VALENCIA VALENCIA CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 5 N 24 - 137 piso 2	QUIBDO-CHOCO	6711825	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	06294088	9454367775	I	2023/08/18	2023/08/22	BANCO DE OCCIDENTE	4	$379,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$207,900	$1,000	$0	$208,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$207,900	$1,000	$0	$208,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$100	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$800	$0	$163,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$800	$0	$163,300
TOTAL				**1**	**$377,200**	**$1,900**	**$0**	**$379,100**