SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL RISARALDA
CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-RISARALDA

Código Regional	**66**
Código Centro	**912110**
Fecha Elaboración	**7 Setiembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**87480-523911**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA PATRICIA GUTIERREZ PATIÑO	**C.C.**	42.095.635	**IP/Nº de contacto**	3154624177
Correo electrónico contratista:	spgutierrez@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: 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** 0550128000031970

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: 4503218/2023 **Nº Compromiso SIIF** **78123**

Valor Total del Contrato	$ 29.635.214	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 17.833.580	**4**	**Del**	**01/08/2023**	**Al**	**31/08/2023**	**$ 3.933.878,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.899.702		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PRESENCIAL Y/O TUTOR VIRTUAL EN PROGRAMAS FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL NIVEL Y MODALIDAD QUE LE SEA ASIGNADA,AREA HIGIENE Y MANIPULACION ALIMENTOS,CENTRO AGROPECUARIO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.933.878		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	2,55%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 118.459
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.933.878			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.867.756**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.652.610**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 118.459**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**69402018**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.573.551	$ 1.573.551
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 196.700	$ 196.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 251.800	$ 251.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.500	$ 16.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.966.939	$ -	
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	$ 251.800	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 160.700	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 16.500	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 786.776	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.550.870	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.652.610,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.485.378,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	118.459,00	2,55%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	6.971,00	0,200%
-	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	**$3.808.448,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación en Titulada Ficha 2712225. Técnico en Alistamiento de Laboratorio de Microbiología y Ambiente. F106 Sede Galicia
Impartir formación en Titulada Ficha 2499555. Tecnologo en Control de Calidad de Alimentos y Ambiental. E106. Sede Galicia
Impartir formación en Titulada Ficha 2558237. Técnico en Seguridad y salud en el Trabajo. inocuidad Alimentaria. sede Calle 20
Impartir formación en titulada Ficha 2809302. Técnico en Seguridad y salud en el trabajo. Inocuidad Alimentaria. F105 Sede Galicia
Elaborar Plan de Trabajo para complementaria. Café Mariscal
Municipio de Pereira

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.

SANDRA PATRICIA GUTIERREZ PATIÑO
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,

JORGE ORLANDO CALDERÓN DUQUE
INSTRUCTOR G10

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

LUZ ANDREA MONTOYA ALVAREZ

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	42095635	SANDRA PATRICIA GUTIERREZ PATIÑO	Calle 30 #11-16	6067514312	sapagupa@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		RISARALDA	PEREIRA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	I	24/07/2023	69402018	$502.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	212.500	0		0		0	0	0	0	212.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	272.000	0	0	0	0	0	0		272.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	17.800				17.800	0	0	17.800			178	17.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	212.500	212.500
Pensión	1	272.000	272.000
Riesgos Laborales	1	17.800	17.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	502.300	502.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	42095635	SANDRA PATRICIA GUTIERREZ PATIÑO	Calle 30 #11-16	6067514312	sapagupa@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		RISARALDA	PEREIRA		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	I	24/07/2023	69402018	$502.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	42095635	GUTIERREZ PATIÑO SANDRA PATRICIA	59	0			N							X										230201	1.700.000	272.000	0	0	0	0	EPS037	1.700.000	212.500	14-11	1.700.000	2	17.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Pereirea, 07 de septiembre 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.	**1010120529**	**Laura Vanessa Ospina Gutiérrez**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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: SANDRA PATRICIA GUTIERREZ PATIÑO

C.C. 42.095635 DE PEREIRA

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

Inicio | PQR

Fundación Universitaria Autónoma de las Américas

PAGO EN LÍNEA CON TARJETA DE CRÉDITO

Si requiere más información acerca de la transacción, por favor conectarse al número telefónico: (4)4114848 Ext 1770

LAURA VANESSA OSPINA GUTIERREZ. Su pago ha sido recibido exitosamente.

Tenga en cuenta estos datos para futuras, consultas y referencias: Fecha: 27/6/2023 15:19:26 dd/mm/aaaa

DATOS DEL CLIENTE

Identificación:	1010120529	**IP:**	186.83.184.19
Nombre / Apellido:	LAURA VANESSA OSPINA GUTIERREZ		
Teléfono / e_mail:	/ Lavaosgu09@gmail.com		

INFORMACIÓN SOBRE EL PAGO:

, Fecha de transacción: 27/06/2023 15:19:27

Nombre comercio:	INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS	**Cód. comercio:**	12990859
Nombre franquicia:	Master Card	**No. terminal:**	AAAEZ022
No. pagaré:	2811525292	**No. tarjeta factura:**	XXXX6685
No. recibo:	000000525292	**No. cuotas:**	1
Autorización:	704322	**Cód. de respuesta:**	00/Aprobado

Compra neta:	5,924,535.00
Total:	5,924,535.00
Base dev. IVA:	0
Total IVA:	0.00

Venta NO presencial, sujeta a verificación de la DIAN.
Pagaré incondicionalmente y al orden del acreedor, el valor total de este pagaré junto con los intereses a las tasas máximas permitidas por la ley.

INFORMACIÓN SOBRE EL COMERCIO:

Empresa / Dirección:	INSTITUCION UNIVERSITARIA VISION DE LAS AMERICAS / Circular 73 Nro. 35 - 04
Teléfono / Fax:	(4)4114848 Ext 1770 / (4)4114848 Ext 1770
Ticket Id:	2811525292
No. pago / Id del pago:	25292 / 28115
Concepto pago:	Pagos en linea
Medio de pago:	Pago Tarjeta Crédito
Estado transacción:	APROBADA
Id cliente tarjeta:	10104982

DETALLES DE FACURA(S) A CANCELAR:

No. Fact.	Concepto	Total con IVA	Total a Pagar	Fecha de vnto.
190513	PAGO FACTURA MATRICULA PROFESIONAL	5,924,535.00	5,924,535.00	dd/mm/aaaa

*Esta transacción esta sujeta a verificación.

Imprimir esta página

Id pago esta nulo ó idtienda: 28115, 9904

Datafono Virtual
© ZonaPAGOS. Derechos Reservados

sandra.osoriol@uam.edu.co

Paga seguro con: zonapagos