

 <p>SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE</p> <p align="center">CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION</p>		Código Regional	76
			Código Centro	954310
			Fecha Elaboración	Setiembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	44042-561602
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		MARCELA GONZALEZ GIRALDO		
Correo electrónico contratista:		mggiraldo@sena.edu.co		
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
Banco al cual consignar:		BANCO BBVA	Inducción SST	SI
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
		C.C.	31.428.012	IP/N° de contacto
				6118
		Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta
				0259370682
		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:	4521357/2023	N° Compromiso SIIF	10823	
Valor Total del Contrato	\$ 42.133.650	N ° Pago	8	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 14.271.075	Periodo objeto de pago	Del 01/09/2023 Al 30/09/2023	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 10.193.625	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		CONTRATACION INSTRUCTORES: CO1.PCCNTR.4521357 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO A LA RED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA, EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, EN LAS MODALID		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 4.077.450	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.077.450	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.397.154	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	Setiembre	Agosto	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.397.154,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.630.980	\$ 1.630.980	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.612.550,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 203.900	\$ 203.900	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 261.000	\$ 261.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 8.600	\$ 8.600	Menos Retencion IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8523	7.225,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	\$ -		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	\$ -	Pro-UCEVA	20.387,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ -	Universidad del Pacífico	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 407.745	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -		
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 799.051	VALOR A PAGAR	\$4.049.838,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Se impartió formación profesional integral				
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.			MARCELA GONZALEZ GIRALDO 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,	
			JUAN CARLOS DIAZ POSADA 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 MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHORTUA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	31428012	NÚMERO PLANILLA:	4517447394	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARCELA GONZALEZ GIRALDO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGO	DEPARTAMENTO:	VALLE		agosto AÑO		MES agosto AÑO
DIRECCIÓN:	CRA 11 19A18	TELÉFONO:	3185212	DÍAS DE MORA:	15		
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/09/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995884885
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO						
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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 261.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.300	\$ 0	\$ 261.000	\$ 4.300	\$ 265.300
SUBTOTALES:										\$ 261.000	\$ 4.300	\$ 265.300

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		
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 203.900		\$ 0	\$ 3.400		\$ 0	\$ 203.900	\$ 3.400	\$ 0	\$ 207.300
SUBTOTALES:															\$ 203.900	\$ 3.400	\$ 0	\$ 207.300

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	\$ 200	\$ 0	\$ 8.800
SUBTOTALES:									\$ 8.600	\$ 200	\$ 0	\$ 8.800

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF56	CCF56-COMFENALCO VALLE	1	\$ 9.800	\$ 200	\$ 10.000
SUBTOTALES:			\$ 9.800	\$ 200	\$ 10.000

[illegible]

TOTAL	\$ 491.400
--------------	-------------------

EFFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1
ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9418119042 DV: 912881
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 20/09/2023 08:44:49
PAP: 019006
Identificacion: 31428012
Nombre: MARCELA
Apellido 1: GONZALEZ
Apellido 2: XXXX
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 1212121121
Codigo Planilla: 4517447394
Periodo Pago: 2023/08
Valor Comision: 0
Valor Iva comision: 0
Referencia: 31428012 Valor: \$491.400.00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.
Para reclamaciones presente este
recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 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.	14437060	ALBERO LEON GONZALEZ GIRALDO	PADRE
-------------	-----------------	-------------------------------------	--------------

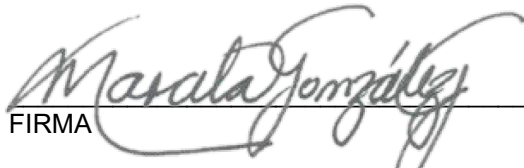
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: MARCELA GONZALEZ GIRALDO

C.C. 31.428.012

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

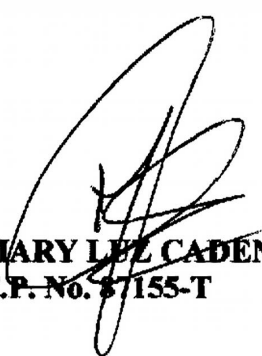
MARY LUZ CADENA PALACIO
Contador Público Titulado

**LA SUSCRITA CONTADORA PUBLICA TITULADA CON TARJETA
PROFESIONAL No. 87155-T DE LA JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

CERTIFICA QUE:

El señor **ALBERTO LEÓN GONZALEZ GIRALDO**, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. **14.437.060** expedida en Cali (Valle del Cauca), depende económicamente de la señora **MARCELA GONZALEZ GIRALDO**, identificada con la Cédula de Ciudadanía No. **31.428.012**, expedida en Cartago (Valle del Cauca). Percibiendo la suma de **CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA PESOS (\$496.350,00)**.

Para constancia se firma en Cartago, Valle del Cauca, a los catorce (14) días del mes de julio de dos mil veintitres (2023).



MARY LUZ CADENA PALACIO
T.P. No. 87155-T

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

87155-T

MARY LUZ
CADENA PALACIO
C.C. 34571995
RESOLUCION INSCRIPCION 78
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

FECHA 18/07/02

PRESIDENTE *[Signature]* 96495
ELIENOR GARCIA GARCIA



Recibido

Valido para
certificado
de ingresos

005481

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de
Contadores.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **34.571.995**

CADENA PALACIO

APELLIDOS
MARY LUZ

NOMBRES

FIRMA

DE

Valido para certificado de ingresos



FECHA DE NACIMIENTO **15-JUL-1973**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1:57 O+ F

ESTATURA **1:57** G.S. RH **O+** SEXO **F**

31-OCT-1994 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ANTONIO TORRES

INDICE DERECHO

Valido para certificado de ingresos

