SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL BOYACÁ**
**CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO Y MANUFACTURA-BOYACÁ**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **15** |
| **Código Centro** | **951410** |
| **Fecha Elaboración** | **Setiembre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **19049-421310** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JEIMY JOHANNA TAPIAS RINCON | **C.C.** | 1.057.571.348 | **IP/Nº de contacto** | 3118149108 |
| **Correo electrónico contratista:** | jjtapias@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 CAJA SOCIAL **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** 24113753662

**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:** 4602195/2023 **Nº Compromiso SIIF** **13823**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 37.591.738 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 11.788.350 | **8** | **Del** | **01/09/2023** | **Al** | **30/09/2023** | **$ 3.929.450,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 7.858.900 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales para planear, orientar y evaluar actividades de Formación Profesional Integral que imparte el Centro Industrial de Mantenimiento y Manufactura en la red de conocimiento INFORMÁTICA DISEÑO Y DESARROLLO DE SOFTWARE, área temática de SOFTWARE-SISTEMAS en el programa Articulación con la Educación Media de conformidad con los Lineamientos

## 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

| | Setiembre | Agosto |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **9455402923** |
| **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 | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.310.154,00 | TARIFA |
| 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

Actividades desarrolladas del 1 al 30 de Septiembre segun objeto de contrato de prestacion de servicios de fichas: 2469849,2469350,2469456,2693947,2469595,2696481
total de horas academicas:168
total de horas actividades adicionales :00
total de horas mes 168
todas las actividades registradas en el sistema SOFIA PLUS en el periodo 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.

**JEIMY JOHANNA TAPIAS RINCON**
**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,

**GUSTAVO ADOLFO DIAZ CAMARGO**
**INSTRUCTOR G14**

**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**

**ROSA EDITH PARRA LEÓN**

**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1057571348 | | TAPIAS RINCON JEYMI JOHANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 11 A BIS 19-20 | SOGAMOSO-BOYACA | 7702440 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-08 | 2023-08 | 60610310 | 9455402923 | I | 2023/09/12 | 2023/09/13 | BANCO DE OCCIDENTE | 1 | $457,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,571,780 | $251,500 | | | $1,571,780 | $196,500 | | | $0 | $0 | | | $1,571,780 | $8,300 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,571,780 | $251,500 | | | $1,571,780 | $196,500 | | | $0 | $0 | | | $1,571,780 | $8,300 | | $0 | $0 |
| Ciudad: SOGAMOSO Depto: BOYACA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,571,780 | $251,500 | | | $1,571,780 | $196,500 | | | $0 | $0 | | | $1,571,780 | $8,300 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1057571348 TAPIAS JEIMY | 25-14 | 30 | $1,571,780 | $251,500 | EPS037 | 30 | $1,571,780 | $196,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,571,780 | $8,300 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $1,571,780 | $251,500 | | | $1,571,780 | $196,500 | | | $0 | $0 | | | $1,571,780 | $8,300 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1057571348 | | TAPIAS RINCON JEYMI JOHANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CLL 11 A BIS 19-20 | SOGAMOSO-BOYACA | 7702440 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-08 | 2023-08 | 60610310 | 9455402923 | I | 2023/09/12 | 2023/09/13 | BANCO DE OCCIDENTE | 1 | $457,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $251,500 | $300 | $0 | $251,800 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $251,500 | $300 | $0 | $251,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $8,300 | $100 | $0 | $8,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $8,300 | $100 | $0 | $8,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $196,500 | $300 | $0 | $196,800 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $196,500 | $300 | $0 | $196,800 |
| TOTAL | | | | 1 | $456,300 | $700 | $0 | $457,000 |

# *CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

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. | 1.057.592.029 | Juan Felipe Espinel Tapias | HIJO |
| T.I. | 1.057.605.903 | Santiago Espinel Tapias | 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: Jumy Johanna Tapias

C.C. 1057571348

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1.057.605.903

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 54065560

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** E X M

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

REGISTRADURIA DE SOGAMOSO - COLOMBIA - BOYACA - SOGAMOSO

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ESPINEL | TAPIAS |

Nombre(s): SANTIAGO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2016 Mes ABR Día 04 | MASCULINO | B | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 13209201-1 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos: TAPIAS RINCON JEIMY JOHANNA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.057.571.348 | COLOMBIA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos: ESPINEL PEREZ WILMER ALFREDO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 74.081.469 | COLOMBIA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos: ESPINEL PEREZ WILMER ALFREDO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 74.081.469 | Wilmer Alfredo Espinel |

*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 2016 Mes ABR Día 14 | CARLOS ARIEL PEREZ DIAZ - REGISTR<br>Nombre y firma |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
SOGAMOSO - BOYACÁ

El suscrito Registrador Municipal del Estado Civil
CERTIFICA
que el presente documento es fotocopia auténtica
tomada del original que reposa en el despacho.

Fecha 14 ABR 2016

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL

Autentic Copia Estado Civil 18099111-6

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

*54065560*

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

Adhesivo Copia Registro Civil
40674402-3

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**NUIP** 1.057.592.029

**Indicativo Serial** 42881194

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** E X M

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

REGISTRADURIA DE SOGAMOSO - COLOMBIA - BOYACA - SOGAMOSO

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ESPINEL | TAPIAS |

**Nombre(s)**

JUAN FELIPE

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2011 Mes ABR Día 08 | MASCULINO | B | POSITIVO |

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 10713582-0 |

*Datos de la madre*

**Apellidos y nombres completos**

TAPIAS RINCON JEIMY JOHANNA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.057.571.348 | COLOMBIA |

*Datos del padre*

**Apellidos y nombres completos**

ESPINEL PEREZ WILMER ALFREDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 74.081.469 | COLOMBIA |

*Datos del declarante*

**Apellidos y nombres completos**

ESPINEL PEREZ WILMER ALFREDO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 74.081.469 | "Wilmer Alfredo Espinel Perez" |

*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 2011 Mes ABR Día 14 | JAIME GALLEGO MARQUEZ - REGISTRAD |
| | Nombre y firma |

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6 TEL. 430 2110

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

4288119 *