SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL CALDAS**
**CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS CALDAS**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **17** |
| **Código Centro** | **930610** |
| **Fecha Elaboración** | **Setiembre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **61366-066362** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JUAN CARLOS SUÁREZ BUITRAGO | **C.C.** | 79.505.872 | **IP/Nº de contacto** | 3177664497 |
| **Correo electrónico contratista:** | jotasuarez@misena.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:** BANCOLOMBIA **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** 71641549808

**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:** 5191613/2023 **Nº Compromiso SIIF** **91223**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 20.211.028 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 14.202.344 | **3** | **Del** | **01/09/2023** | **Al** | **30/09/2023** | **$ 4.096.830,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 10.105.514 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR POR PERÍODO FIJO PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL, PRESENCIALES Y/O VIRTUALES, EN EL PROGRAMA DE PANADERÍA. S/RAD 17-9-2023-012365.

## 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% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.096.830** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.402.135** | | **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** | ---------- | **8626817927** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.638.732 | $ 1.638.732 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 204.900 | $ 204.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 262.200 | $ 262.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 17.200 | $ 17.200 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.024.207 | $ - | |
| 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 | $ 409.683 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 800.712 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.402.135,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.629.730,00 | |
| 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 - 8299 | 13.430,00 | 0,370% |
| - | 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** | **$4.083.400,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TECNICO EN PANADERIA ID: 2707928
ELABORACION DE PRODUCTOS PANIFICABLES DE MASAS DE SAL ID: 2811904
ELABORACION DE PRODUCTOS DE REPOSTERIA ID: 2811917
ELABORACION DE PRODUCTOS DE REPOSTERIA ID:2811840
ELABORACION DE PRODUCTOS PANIFICABLES DE MASAS DE SAL ID:2814169
ELABORACION DE PRODUCTOS PANIFICABLES DE MASAS DE SAL ID:2814229

**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.

**JUAN CARLOS SUÁREZ BUITRAGO**
**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,

**LINA DANERY GONZALEZ HERRERA**
**INSTRUCTOR**

**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**
**JHON HAROLD ORTIZ VALENCIA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | JUAN CARLOS SUAREZ BUITRAGO |
| IDENTIFICACION: | CC-79505872 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2023-09-23 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2023-09-18 |
| FECHA DE PAGO: | 2023-09-20 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO AV VILLAS |
| PERIODO PENSION: | 2023-08 |
| PERIODO SALUD: | 2023-08 |
| NUMERO PLANILLA: | 8626817927 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8661114445 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440 | SANITAS | 1 | $ 1.639.000 | $ 0 | $ 0 | $ 500 | $ 204.900 | $ 205.400 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.639.000 | $ 0 | $ 0 | $ 600 | $ 262.300 | $ 262.900 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.639.000 | $ 0 | $ 0 | $ 100 | $ 17.200 | $ 17.300 |
| CCF11 | 890806490 | CCF DE CALDAS | 1 | $ 1.639.000 | $ 0 | $ 0 | $ 100 | $ 32.800 | $ 32.900 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 1.300 | $ 517.200 | $ 518.500 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 18/10/2023 |

SEP 19 2023 15:52:50 REMOTE 9.90
EXITO MANIZALES
CRA 20 34-18
CORRESPONSAL
C.UNICO: 001552352 TER: 80001145
C.BANC: 0052
ID CAJERO: 005383830
RECIBO: 020380 RRN: 039885
RECAUDO APRO: 032941
SERVICIO: 00001139
FACTURA: 00000000000000008661114445
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 518.500

*** CLIENTE ***

EXITO MANIZALES FU
COMPRA Y RECOGE Whatsapp:3054829046

Tropas Grill Mos-Chums 518.500
Factura: 8661114445
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 518.500
EFECTIVO 520.000

FACTURAS APROBADAS
Fac.8661114445 Apro:032941 BANCO:0052
CAMBIO 1.500

TARIFAS IVA

| TARIFA | COMPRA | BASE/IMP. | IVA |
|---|---|---|---|
| *00% | 518500 | 518500 | 0 |
| TOTAL* | 518500 | 518500 | 0 |

>> MAPA:1803 ID:2023091-9155208
Vr.POS:251 Motor:7.1.15#247
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
ALMACENES EXITO S.A NIT 8909006089
AUTORRETENEDOR RES 8825 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE
---
19/SEP/2023 15:52 0383 13 0180 1830

NUT:20230919038300130180
0383-LJ2K0

TIQUETE INFORMATIVO DE VENTA
NUMERO DR: IL551591 518.500
TOTAL TRANSACCION: 518500
Este documento no es Factura de venta.

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 30 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1056126466** | **SANTIAGO SUAREZ ORTIZ** | **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: JUAN CARLOS SUAREZ BUITRAGO
C.C. 79505872

***NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO***

**REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES**

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1.056.126.466

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO** Indicativo Serial 43870688

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

Registraduría ☐ Notaría ☒ X Número 2 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código E 6 T

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

NOTARIA 5 MANIZALES - COLOMBIA - CALDAS - MANIZALES

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| SUAREZ | ORTIZ |

Nombre(s)

SANTIAGO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2011 Mes ENE Día 05 | MASCULINO | A | NEGATIVO |

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

COLOMBIA CALDAS MANIZALES

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 10276921-9 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos: ORTIZ CARDONA ALBA LUCIA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 30.336.503 | COLOMBIA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos: SUAREZ BUITRAGO JUAN CARLOS

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 79.505.872 | COLOMBIA |

*Datos del declarante*

SUAREZ BUITRAGO JUAN CARLOS

Apellidos y nombres completos

CC 79.505.872 Documento de identificación (Clase y número) 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 2011 Mes ENE Día 13

*Nombre y firma del funcionario que autoriza*

JAIRO VILLEGAS ARANGO - NOTARIO

*Reconocimiento paterno*

Firma

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

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -