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	**Setiembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**68840-061366**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ	**C.C.**	35.897.324	**IP/Nº de contacto**	3127880252
Correo electrónico contratista:	angiedemarchi23@hotmail.com				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **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** 53675048700

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: 4824586/2023 **Nº Compromiso SIIF** **37423**

Valor Total del Contrato	$ 37.068.826	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.037.941	**6**	**Del**	**01/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 4.539.040,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 11.498.901		Legalización comisiones del periodo			$ 1.700.000,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR TÉCNICO APORTANDO EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS FORMATIVOS DE LOS DISEÑOS CURRICULARES ASIGNADOS POR LA COORDINACIÓN ACADÉMICA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS INSTITUCIONALES

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.539.040		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	**$ 6.239.040**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.816.102**		**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	----------	**4513452016**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.815.616	$ 1.815.616
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 227.000	$ 227.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 290.500	$ 290.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.500	$ 9.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.559.760	$ -	
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	$ 623.904	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.272.034	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.816.102,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.721.540,00	
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	11.443,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	68.086,00	1,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.459.511,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes de septiembre se realizo el pago de la planilla 4513452016
Se participo en la reunión organizada por la dinamizadora de centro;Se participo en documental hay mucho por contar.
Se entrega los paquetes de cedulas de acuerdo a las orientaciones dadas para la matrícula de los aprendices para las fichas de fortale fortalecimiento en gestión organizacional en Belén de Bajira en la comunidad de Centro Jigua correspondiente a la solicitud de la Cruz Roja y el Carmen del Darién en la comunidad de Camelia.
Se realiza la calificación de la ficha de fortalecimiento en gestión organizacional correspondiente al municipio de Bahía Solano.
Se apoya a la dinamizadora con la propuesta de la feria que se desea realizar el 6 de noviembre del programa SER en Belén de Bajira.
Articulación con la alcaldia de Belen de Bajira para feria subregional en Belen de Bajira.
se realiza la propuesta de valor y el mapa de actores con el grupo de Camelia, se realiza capacitacion ambiental para utilizacion de m

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.

ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ
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,

YILSE ALEID RUIZ CARRILLO
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)

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Quibdó, 28 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:

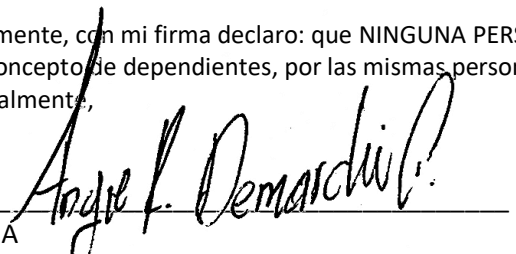
T.I.	**1078461533**	**KARLA ISABELLA ROJAS DEMARCHI**	**HIJO**

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: ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ
C.C.35.897.324

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

18 JUL 20

NUIP 1078461533

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43678601

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código K9H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -

Datos del inscrito

Primer Apellido: ROJAS
Segundo Apellido: DEMARCHI
Nombre(s): KARLA ISABELLA
Fecha de nacimiento: Año 2010 Mes JUN Día 15
Sexo (en letras): Femenino
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: +
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIMIENTO
Número certificado de nacido vivo: 52337507-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: DEMARCHI CABRANEZ ANGIE KATERINE
Documento de identificación (Clase y número): C.C # 35.897.324 De QUIBDO
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ROJAS MARTINEZ CARLOS ALBERTO
Documento de identificación (Clase y número): C.C # 12.022.131 De QUIBDO
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROJAS MARTINEZ CARLOS ALBERTO
Documento de identificación (Clase y número): C.C # 12.022.131 DE QUIBDO
Firma: X Carlos A. Rojas

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXX
Documento de identificación (Clase y número): # XXXXXXXXXX DE XXXXXXXXX
Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXX
Documento de identificación (Clase y número): # XXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXX
Firma:

Fecha de inscripción

Año 2010 Mes JUN Día 21

Nombre y firma del funcionario que autoriza
ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

X Carlos A. Rojas Martinez
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien rubrica el reconocimiento
ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35897324
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGIE KATERINE DEMARCHI CABRANEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	BARRIO COHIMBRA	TELÉFONO:	6713161
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4513452016**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		6					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/09/13		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995809090	

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	$ 290.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.000	$ 0	$ 290.500	$ 2.000	$ 292.500
SUBTOTALES:										**$ 290.500**	**$ 2.000**	**$ 292.500**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 227.000	$ 0	$ 1.500	$ 0	$ 227.000	$ 1.500	$ 0	$ 228.500
SUBTOTALES:													**$ 227.000**	**$ 1.500**	**$ 0**	**$ 228.500**

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	$ 9.500	$ 9.500	$ 100	$ 0	$ 9.600
SUBTOTALES:									**$ 9.500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 9.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 35897324	DEMARCHI CABRANEZ ANGIE KATERINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.815.616				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.815.616	$ 290.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 290.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.815.616	$ 227.000	$ 0	$ 227.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.815.616	35897324	$ 9.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 530.600**