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	**91364-299904**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LEIDY YAHAIRA CORDOBA RENTERIA	**C.C.**	35.603.573	**IP/Nº de contacto**	3137413128
Correo electrónico contratista:	lycordoba@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: BANCOLOMBIA **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** 53644162920

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: 4778921/2023 **Nº Compromiso SIIF** **36223**

Valor Total del Contrato	$ 37.371.429	**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			$ 300.000,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL 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 COMPROM

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	**$ 4.839.040**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.871.102**		**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	----------	**9455634302**
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 $ 1.209.760	$ -	
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	$ 483.904	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 957.034	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.871.102,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.321.540,00	
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	8.643,00	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	**$4.462.311,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realice articulación con el instructor de emprendimiento para planear las estrategias de realización del curso.
Realice guías de aprendizaje e instrumentos de planeación para el desarrollo de la formación.
Asocie en sofia plus los aprendices matriculados en la fichas de formación 2849416 y 2849427 en el municipio de Istmina

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.

LEIDY YAHAIRA CORDOBA RENTERIA
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, 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:

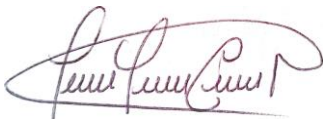
T.I.	**1078464722**	**LAIR ANDRES AGUALIMPIA CORDOBA**	**HIJO**

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: _Leidy Yahaira Córdoba Rentería _____
C.C. _____35.603.573_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1078464722

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52635125

5263512 5

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 2 0 2 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 9 H

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

COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AGUALIMPIA	CORDOBA

Nombre(s)

LAIR ANDRES

Fecha de nacimiento: Año 2013 Mes FEB Día 10

Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Masculino	A	+

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

COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	11381019-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CORDOBA RENTERIA LEIDY YAHAIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 35603573 De QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

AGUALIMPIA PEREA YEISON ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 1077423406 De QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AGUALIMPIA PEREA YEISON ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C # 1077423406 DE QUIBDO	YEISON A. AGUALIMPIA P.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
# XXXXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXXX	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
# XXXXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXXX	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes FEB Día 18	ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

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 35603573		CORDOBA RENTERIA LEIDY YAHAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 22 # 5 - 74	QUIBDO-CHOCO	6722594	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	154669891	9455634302	I	2023/09/18	2023/09/12	BANCOLOMBIA	0	$536,500

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	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,815,616	$290,500			$1,815,616	$227,000			$0	$0			$1,815,616	$19,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,815,616	$290,500			$1,815,616	$227,000			$0	$0			$1,815,616	$19,000		$0	$0
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					$1,815,616	$290,500			$1,815,616	$227,000			$0	$0			$1,815,616	$19,000		$0	$0
1	CC 35603573	CORDOBA LEIDY	230301	30	$1,815,616	$290,500	EPS037	30	$1,815,616	$227,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,815,616	$19,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,815,616	$290,500			$1,815,616	$227,000			$0	$0			$1,815,616	$19,000		$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 35603573		CORDOBA RENTERIA LEIDY YAHAIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 22 # 5 - 74	QUIBDO-CHOCO	6722594	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	154669891	9455634302	I	2023/09/18	2023/09/12	BANCOLOMBIA	0	$536,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$290,500	$0	$0	$290,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$290,500	$0	$0	$290,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,000	$0	$0	$19,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,000	$0	$0	$19,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,000	$0	$0	$227,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$227,000	$0	$0	$227,000
TOTAL				1	$536,500	$0	$0	$536,500