SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**26 Setiembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**53424-335559**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MAYKOL GALEANO RUIZ	**C.C.**	1.094.272.637	**IP/Nº de contacto**	0000
Correo electrónico contratista:	mgaleanor@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 ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 32900001306

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:	4659901/2023			**Nº Compromiso SIIF**	**13623**		
Valor Total del Contrato	$ 40.558.617	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.981.979	**7**	**Del**	**01/08/2023**	**Al**	**31/08/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 14.885.149		Legalización comisiones del periodo			$ 375.436,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO EN EL AREA DE TURISMO APORTANDO EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS FORMATIVOS DE LOS DISEÑOS CURRICULARES ASIGNADOS POR LA COORDINACIÓN ACADÉMICA P

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.096.830		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	3,89%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 196.825
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.088.636			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.560.902**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.065.059**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 196.825**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4513988587**
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 / $ 2.140.225	$ -	
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	$ 262.200	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 204.900	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 17.200	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 856.090	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.688.353	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.065.059,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.096.830,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	196.825,00	3,89%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8543	8.194,00	0,200%
-	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	**$3.891.811,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

INFORME DE HORAS EJECUTADAS EN FORMACIÓN DURANTE EL MES DE AGOSTO.
FICHA 2800200 - EMPRENDEDOR PROMOTOR EN PROGRAMAS TURISTICOS RURALES LOCALES-FLORIAN VEREDA SANTA LUCIA-32 HORAS.
FICHA 2739183 - EMPRENDEDOR EN DESARROLLO DE ACTIVIDADES TURISTICAS EN ESPACIOS NATURALES- EL PEÑON- 16 HORAS
FICHA 2734930 - EMPRENDEDOR EN DESARROLLO DE ACTIVIDADES TURISTICAS EN ESPACIOS NATURALES-SUCRE-LA GRANJA-24 HORAS
FICHA 2720849 - EMPRENDEDORES EN RECORRIDOS DE AGROECOTURISMO- LANDAZURI- 8 HORAS.
FICHA 2747271 - EMPRENDEDOR EN PRESTACION DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTOS RURALES- LA BELLEZA-48 HORAS
FICHA 2809988 - EMPRENDEDOR EN PRESTACION DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTOS RURALES- EL PEÑÓN-OTOVAL-32 HORAS
TOTAL DE HORAS EJECUTADAS EN FORMACIÓN DURANTE EL MES DE AGOSTO= 160.

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.

MAYKOL GALEANO RUIZ
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,

GREGORIO RUIZ MEDINA
PROFESIONAL G09

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

JAVIER GONZALEZ FRANCO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1094272637
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAYKOL GALEANO RUIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	EL PEÑON	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	SECTOR CENTENARIO EL PEÑOL	TELÉFONO:	6819000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4513988587**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO	2023
DÍAS DE MORA:		21			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/08/31	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995611383

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 262.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.200	$ 0	$ 262.200	$ 6.200	$ 268.400
SUBTOTALES:										**$ 262.200**	**$ 6.200**	**$ 268.400**

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	$ 204.900	$ 0	$ 4.900	$ 0	$ 204.900	$ 4.900	$ 0	$ 209.800
SUBTOTALES:													**$ 204.900**	**$ 4.900**	**$ 0**	**$ 209.800**

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	$ 17.200	$ 17.200	$ 500	$ 0	$ 17.700
SUBTOTALES:									**$ 17.200**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 17.700**

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 1094272637	GALEANO RUIZ MAYKOL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.638.750				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.638.750	$ 262.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 262.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.638.750	$ 204.900	$ 0	$ 204.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.638.750	109427263	$ 17.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 495.900**

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

VELEZ, 20 de agosto 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.	**28033801**	**Flor Maria Ruiz Moncada**	**MADRE**

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: Maykol Galeano Ruiz_____
C.C. __1094272637_____

Villavicencio - 27 de junio de 2023

CERTIFICACION DE DEPENDIENTES

Señores

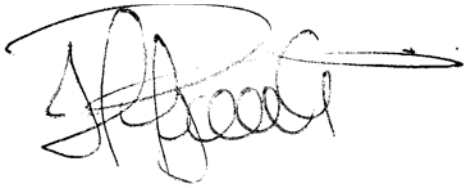
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA

Ciudad

La suscrita HELEN YANUARI QUICENO IZASA, contador público con tarjeta profesional No. 210158-T, certifica que el Señor MAYKOL GALEANO RUIZ, con documento de identidad número 1.094.272.637 expedida en Pamplona Norte de Santander, posee la calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento en lo previsto en el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, tiene los siguientes dependientes económicos:

Tipo de Documento	Numero de Identificación	Nombres y Apellidos	Parentesco
CC	28.033.801	Flor María Ruiz Moncada	Mamá

Para su presentación se emite el presente en el lugar y la fecha antes mencionados.



HELEN YANUARI QUICENO IZASA

Contador Público

T.P 210158

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Certificado No:

4ED1EBFD1479FCC9

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **HELEN YANUARI QUICENO IZASA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1121831201 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 210158-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

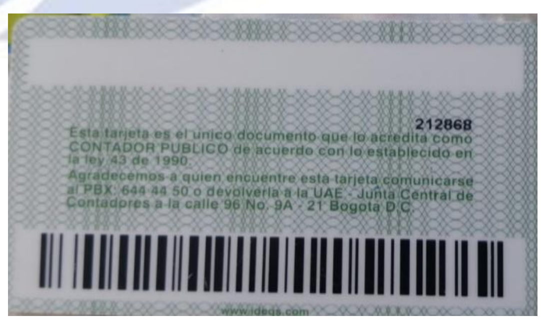
Dado en BOGOTA a los 5 días del mes de Junio de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado





VALIDO PARA CERTIFICACION DE MAYKOL GALEANO RUIZ