

 <p>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE</p> <p>SERVICIO NACIONAL CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION DE APRENDIZAJE</p>	Código Regional		76	
	Código Centro		954310	
	Fecha Elaboración		Octubre de 2023	
	Versión		ENERO 2023 - 1,23	
		ID de Proceso		16060-387922
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		JENNIFER ARANGO CASTAÑEDA		
Correo electrónico contratista:		jarango032@misena.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:		DAVIVIENDA		
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		
N° Cuenta		376070256445		
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				
N° del contrato:		4521256/2023		
N° Compromiso SIIF		6123		
Valor Total del Contrato		\$ 42.813.225		
Saldo Anterior del Contrato		\$ 14.271.075		
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 10.193.625		
Periodo objeto de pago		Del 01/09/2023 Al 30/09/2023		
Legalización comisiones del periodo		\$ 0,00		
Valor Bruto Pago		\$ 4.077.450,00		
OBJETO CONTRACTUAL:		CONTRATACION DE INSTRUCTORES: CO1.PCCNTR.4521256 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO A LA RED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA, EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, EN LAS MODA		
(Descripción del servicio prestado)				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 4.077.450		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.077.450		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.397.154		
Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%		
Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0		
Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0		
TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Setiembre Agosto		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.630.980 \$ 1.630.980		
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 203.900 \$ 203.900		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 261.000 \$ 261.000		
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ - \$ 0		
ARL		\$ 8.600 \$ 8.600		
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 8.835.833 \$ -		
\$ 1.019.362		\$ -		
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 \$ 407.745		
Salud hasta		\$ 678.592 \$ -		
Renta Exenta 25%		\$ 2.792.123 \$ 799.051		
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		
Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.397.154,00		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA		3.612.550,00		
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 - 8523		7.225,00		0,200%
		0,00		
		0,00		
		0,00		
Pro-UCEVA		20.387,00		0,500%
Universidad del Pacífico		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		\$4.049.838,00		
SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Se impartió Formación Profesional Integral y Complementaria				
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.				
JENNIFER ARANGO CASTAÑEDA 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,				
JUAN CARLOS DIAZ POSADA INSTRUCTOR G20				
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				
MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHORTUA				
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-09-01, 02:12:55 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	agosto de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	agosto de 2023
Empresa	JENNIFER ARANGO CASTANEDA
CEDULA CIUDADANIA	CC 31657230
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1056676148
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	134898289
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 506.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 261.000	\$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 203.900	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 8.600	\$ 0
N890303208	CCF57	COMFANDI	1	\$ 32.700	\$ 0
SubTotales:				\$ 506.200	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 506.200



CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 03 de octubre 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:

NUIP - NIP	1112411544	Miguel Ángel Sánchez Arango	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,



Jennifer Arango Castañeda

FIRMA

Nombre: Jennifer Arango Castañeda

C.C. 31657230



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO



NUIP

1112411544

Indicativo
Serial

61784621

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☒

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

V

3

F

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

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - BUGA NOTARIA 2 BUGA * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido

SANCHEZ * * * * *

Segundo Apellido

ARANGO * * * * *

Nombre(s)

MIGUEL ANGEL * * * * *

Fecha de nacimiento

Año

2

0

2

3

Mes

S

E

P

Día

2

8

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

AB

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - BUGA * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *

Número certificado de nacido vivo

23093110653872 * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ARANGO CASTAÑEDA JENNIFER * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 31657230 * * * * *

Nacionalidad

COLOMBIA * * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ FERNANDEZ PABLO FERNANDO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 94535357 * * * * *

Nacionalidad

COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ FERNANDEZ PABLO FERNANDO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 94535357 * * * * *

Firma

[Firma manuscrita]



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

2

0

2

3

Mes

O

C

T

Día

0

2

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JUAN MANUEL PUENTES GALVIS

Nombre y firma

Juan Manuel Puentes Galvis

Reconocimiento paterno

[Firma manuscrita]

Firma



Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

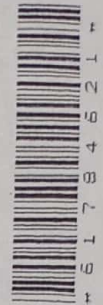
JUAN MANUEL PUENTES GALVIS

Nombre y firma

Juan Manuel Puentes Galvis

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: TOMO 1; FOLIO 136;02/10/2023



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Cadenas S.A.