SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA CONSTRUCCION Y LA INDUSTRIA - QUINDIO-

Código Regional	**63**
Código Centro	**923110**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**15110-193944**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JAIME ALBERTO CASTRO SALAZAR	**C.C.**	89.004.596	**IP/Nº de contacto**	62866
Correo electrónico contratista:	jaimecastro@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: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 75614920734

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: 4445480/2023 **Nº Compromiso SIIF** 4223

Valor Total del Contrato	$ 43.249.700	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 14.059.500	**9**	**Del**	**01/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 4.017.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.042.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: ORIENTAR FORM. TITULADA/COMPLEMENTARIA PRESENCIAL / VIRTUAL NIS 2023-02-010651

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.017.000		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	**$ 4.017.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.367.975**		**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	----------	**7893638735**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.606.800	$ 1.606.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 200.900	$ 200.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.100	$ 257.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL V	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.004.250	$ -	
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	$ 401.700	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 789.325	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.367.975,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,00	0,000%
-	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	**$4.017.000,00**	

SON: CUATRO MILLONES DIECISIETE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Planeación y orientación de las actividades de enseñanza-Aprendizaje- Evaluación para los programas de formación asignados
Reportar inasistencias de aprendices en plataforma Sena Sofía Plus y las novedades académicas, Socialización reglamento del aprendiz
Uso Permanente del carnet como instructor contratista del SENA dentro de las instalaciones y en las sesiones de formacion
Se realiza el informe Mensual Ejecución Contractual para el mes en curso de 2023 diligenciado en los formatosdel SIGA
Reporte de horas para el mes en curso de 2023 en el cual se incluyen apoyos a la formación con el fin de dar cumplimiento a las mismas
Se realiza cargue de documentación requerida para pago mes enero en plataforma secop II y como requisito informe mes
jecución de todas las actividades acorde a las obligaciones contractuales e impartir formación sincrónica a las fichas de formación
participacion den divulgacion de v Oferta Titulada Presencial 2023

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.

JAIME ALBERTO CASTRO SALAZAR
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,

GERMAN DARIO HERNANDEZ TORRES
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

ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	89004596
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAIME ALBERTO CASTRO SALAZAR
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	PROVITEQ UNIDAD 5 BLOQUE 5	TELÉFONO:	7294297
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7893638735**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		3			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/09/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		178739410

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 258.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 258.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 201.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 201.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 8.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 466.400**
VALOR MORA:	**$ 1.700**
TOTAL PAGADO:	**$ 468.100**

Planilla Pagada

Bancolombia

Pagos PSE - Sucursal Virtual Personas

Su última visita fue: Domingo 24 de Septiembre de 2023 a las 02:23 PM
Fecha y hora actual: Domingo 24 de Septiembre de 2023 8:56:31 PM

JAIME ALBERTO CASTRO SALAZAR

Tienda Virtual o Recaudador: **SOI ACH**

1 Preparación | 2 Verificación | 3 Confirmación

¡Bien hecho!
El pago ha sido debitado de tu producto. Presiona "Finalizar" para regresar al sitio recaudador y notificarle el resultado de la transacción.

Compra online SOI ACH

Nro. de recibo:	7893638735
Descripción del pago:	Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales
Identificación del contribuyente:	10.80.25.153
Concepto:	CC
Razón Social:	89004596
Nro. de comprobante:	**0000075295**
Valor pagado:	**$ 468,100.00**
Producto:	*********0734 - Ahorros / Bancolombia A la mano - Cuenta principal**

También puedes

Descargar resumen

Ingresa tu email para enviar comprobante | Enviar

Ingresa uno o varios emails separados con comas para enviar el comprobante.

Finalizar

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Armenia , Enero de 2023

SENA - CFP-639231
Radicacion Recibida
No:63-1-2023-000769
17/02/2023 9:22:29 a. m.
Destinatario: 639231

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	**1092863157**	**LUCIANA CASTRO JARAMILLO**	**HIJO**
NUIP	**1092860096**	**JOSE MIGUEL CASTRO JARAMILLO**	**HUJO**

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: JAIME ALBERTO CASTRO SALAZAR

C.C. 89004596 DE ARMENIA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1092863157

Indicativo Serial 59443743

•59443743•

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [05] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 5011

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

COLOMBIA / QUINDÍO / ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTRO	JARAMILLO

Nombre(s)

LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes JUN Día 29	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA / QUINDÍO / ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO **********	15129738-7

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

JARAMILLO CARDENAS XIMENA DEL PILAR**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C 41.952.896 ARMENIA, QUINDIO**********	COLOMBIANA

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

CASTRO SALAZAR JAIME ALBERTO**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C 89.004.596 ARMENIA, QUINDIO**********	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTRO SALAZAR JAIME ALBERTO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C 89.004.596 ARMENIA, QUINDIO **********	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2019 Mes JUL Día 12	JOSE RAMIRO GARCIA LADINO Nombre y firma

JOSE RAMIRO GARCIA LADINO
REGISTRADOR

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

55941840

55941840

NUIP 1092860096

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 5011

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

COLOMBIA / QUINDÍO / ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTRO	JARAMILLO

Nombre(s)

JOSE MIGUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes JUN Día 06	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA /QUINDIO/ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO **********	13448541-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

JARAMILLO CARDENAS XIMENA DEL PILAR **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 41.952.896 ARMENIA, QUINDIO **********	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CASTRO SALAZAR JAIME ALBERTO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 89.004.596 ARMENIA, QUINDIO **********	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTRO SALAZAR JAIME ALBERTO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 89.004.596 ARMENIA, QUINDIO **********	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2016 Mes JUN Día 15	JOSE RAMIRO GARCIA LADINO

HUELLA QUIEN

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -