SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL CASANARE**
**CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - SERVICIOS PREST**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **85** |
| **Código Centro** | **951910** |
| **Fecha Elaboración** | **Octubre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **94404-786371** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JHON JAIRO PINO MARTINEZ | **C.C.** | 72.295.781 | **IP/Nº de contacto** | 43656 |
| **Correo electrónico contratista:** | jhonjairopino@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:** 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** 90033521587

**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:** | 4532843/2023 | | **Nº Compromiso SIIF** | **5723** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 35.768.964 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 12.310.098 | **8** | **Del** 01/09/2023 **Al** | 30/09/2023 | **$ 3.483.990,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 8.826.108 | | Legalización comisiones del periodo | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL QUE EL CENTRO PROGRAME EN SEDE PRINCIPAL, SUBSEDES O MUNICIPIOS DEL ÁREA INFLUENCIA, PARA RED CONOCIMIENTO HOTELERIA Y TURISMO, RAD.85-9-2023-000264

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.483.990 | 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** | **$ 3.483.990** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.048.318** | **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** | ---------- | **9455682240** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.393.596 | $ 1.393.596 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 174.200 | $ 174.200 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 223.000 | $ 223.000 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 7.300 | $ 7.300 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 870.997 | $ - | |
| 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 | $ 348.399 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 682.773 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.048.318,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.483.990,00 | |
| 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 | 34.840,00 | 1,000% |
| - | 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** | **$3.449.150,00** | |

**SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaborar productos de cocina de acuerdo con técnica, receta estándar, orden de producción y normatividad sanitaria.
Presentar preparaciones según técnicas, criterios de calidad y tendencias de innovación.
De acuerdo con las culturas gastronómicas reconocimiento del grupo de cocina y verificación
Reconocimiento del grupo de cocina y verificación de chek list
normatividad sanitaria. Presentar preparaciones según técnicas, criterios de calidad y tendencias de innovación.
desarrollo curricular, elaboración de guías de aprendizaje y material pedagógico
APLICACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LAS CIENCIAS NATURALES DE ACUERDO CON SITUACIONES DEL CONTEXTO PRODUCTIVO Y SOCIAL.
APLICAR PRÁCTICAS DE PROTECCIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE ACUERDO CON LAS POLÍTICAS ORGANIZACIONALES.
Horas ejecutadas en el mes de SEPTIEMBRE total horas ejecutadas 199, Se cobran 160 horas

**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.

**JHON JAIRO PINO MARTINEZ**
**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,

**MONICA LUCIA MANCIPE RIVERA**
**INSTRUCTOR G11**

**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**

**JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA**

**DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO**

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 72295781 | | PINO MARTINEZ JHON JAIRO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 77 NO 26-44 | MEDELLIN-ANTIOQUIA | 5807144 | 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 | 183149290 | 9455682240 | I | 2023/09/19 | 2023/09/27 | BANCOLOMBIA | 8 | $435,100 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,393,596 | $223,000 | | | $1,393,596 | $174,200 | | | $0 | $0 | | | $1,393,596 | | $34,000 | | $0 | $0 | | $431,200 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,393,596 | $223,000 | | | $1,393,596 | $174,200 | | | $0 | $0 | | | $1,393,596 | | $34,000 | | $0 | $0 | | $431,200 |
| Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,393,596 | $223,000 | | | $1,393,596 | $174,200 | | | $0 | $0 | | | $1,393,596 | | $34,000 | | $0 | $0 | | $431,200 |
| 1 | CC | 72295781 PINO JHON | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,393,596 | $223,000 | EPS005 | 30 | $1,393,596 | $174,200 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,393,596 | 2.436% | $34,000 | 0 | $0 | $0 | No | $431,200 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,393,596 | $223,000 | | | $1,393,596 | $174,200 | | | $0 | $0 | | | $1,393,596 | | $34,000 | | $0 | $0 | | $431,200 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 72295781 | | PINO MARTINEZ JHON JAIRO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 77 NO 26-44 | MEDELLIN-ANTIOQUIA | 5807144 | 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 | 183149290 | 9455682240 | I | 2023/09/19 | 2023/09/27 | BANCOLOMBIA | 8 | $435,100 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $223,000 | $2,000 | $0 | $225,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $223,000 | $2,000 | $0 | $225,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,000 | $300 | $0 | $34,300 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $34,000 | $300 | $0 | $34,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $174,200 | $1,600 | $0 | $175,800 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $174,200 | $1,600 | $0 | $175,800 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$431,200** | **$3,900** | **$0** | **$435,100** |

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

YOPAL, 30 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| NUIP - NIP | 1033263987 | VIOLETA PINO BARAJAS | 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: JHON JAIRO PINO MARTINEZ

C.C. 72295781 BARRANQUILLA /ATLANTICO

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1033263987

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 53214645

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 19 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 0014

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

COLOMBIA | ANTIOQUIA | MEDELLIN

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| PINO | BARAJAS |

**Nombre(s)**

VIOLETA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2014 Mes ENE Día 05 | FEMENINO | ********** | |

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

COLOMBIA | ANTIOQUIA | MEDELLIN

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 12314409 - 2 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: BARAJAS DUQUE MARIA DEL PILAR

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.NR. 43.220.067 MEDELLIN | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: PINO MARTINEZ JHON JAIRO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.NR. 72.295.781 BARRANQUILLA | COLOMBIANO |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: PINO MARTINEZ JHON JAIRO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C.NR. 72.295.781 BARRANQUILLA | |

**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 2014 Mes ENE Día 13 | JAIME ALBERTO PALACIOS CALLE<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARÍA DIECINUEVE
DEL CIRCULO DE MEDELLÍN

Es fiel copia tomada del original que reposa en el archivo de esta Notaría. Se expide para acreditar parentesco a solicitud de EL PADRE

Cédula de Ciudadanía Nro. 72295781
Con destino: EFECTOS CIVILES
Tomada del Folio Nro. ##########
Fecha: Medellín
13 ENE 2014

CARLOS JAVIER PALACIOS CALLE
NOTARIO DIECINUEVE DE MEDELLÍN

Scanned by CamScanner