SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**13249-840165**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ORLIN MILENA PARRA JARA	**C.C.**	34.331.105	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	omparra@sena.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: BANCO DE BOGOTA **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** 520701624

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: 4637408/2023 **Nº Compromiso SIIF** **30523**

Valor Total del Contrato	$ 33.300.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.214.000	**9**	**Del**	**01/10/2023**	**Al**	**31/10/2023**	**$ 3.330.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.884.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales como instructor aportando en la planeación y ejecución de los procesos formativos en el programa de desplazados, en los diseños curriculares asignados por la coordinación académica para el cumplimiento de los compromisos institucionales e indicadores del centro de formación en el marco del servicio de formación profesional integral en la modalidad

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.330.000		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	**$ 3.330.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.957.725**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9456377384**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.332.000	$ 1.332.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 166.500	$ 166.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 213.200	$ 213.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.000	$ 7.000
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 832.500	$ -	
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	$ 333.000	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 652.575	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.957.725,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.330.000,00	
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 - 300	6.660,00	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	**$3.323.340,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS VEINTITRES MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación en Procesos Básicos de Panadería - Ficha.2845703 municipio de Inzá - 7 horas
Formación en Procesos Básicos de Panadería - Ficha. municipio de Popayán - 100 horas
Formación en Procesos Básicos de Panadería - Ficha. municipio de Inzá - 53 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.

ORLIN MILENA PARRA JARA
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,

ANA ALEXANDRA RODRIGUEZ VARGAS
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

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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 34331105		PARRA JARA ORLIN MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 56 norte tv9 -33	POPAYAN-CAUCA	8350273	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	193373856	9456377384	I	2023/10/03	2023/10/02	BANCO DE BOGOTA	0	$413,400

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	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,332,000	$213,200			$1,332,000	$166,500			$1,332,000	$26,700			$1,332,000	$7,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,332,000	$213,200			$1,332,000	$166,500			$1,332,000	$26,700			$1,332,000	$7,000		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$1,332,000	$213,200			$1,332,000	$166,500			$1,332,000	$26,700			$1,332,000	$7,000		$0	$0
1	CC 34331105	PARRA ORLIN	25-14	30	$1,332,000	$213,200	EPS005	30	$1,332,000	$166,500	CCF14	30	$1,332,000	$26,700	14-23	30	$1,332,000	$7,000	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,332,000	$213,200			$1,332,000	$166,500			$1,332,000	$26,700			$1,332,000	$7,000		$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 34331105		PARRA JARA ORLIN MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 56 norte tv9 -33	POPAYAN-CAUCA	8350273	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	193373856	9456377384	I	2023/10/03	2023/10/02	BANCO DE BOGOTA	0	$413,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$213,200	$0	$0	$213,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$213,200	$0	$0	$213,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,000	$0	$0	$7,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,000	$0	$0	$7,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,700	$0	$0	$26,700
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	$26,700	$0	$0	$26,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$166,500	$0	$0	$166,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$166,500	$0	$0	$166,500
TOTAL				1	$413,400	$0	$0	$413,400

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 632202

Domingo, 1 de octubre de 2023, 10:54:08 p. m.

Detalle

$413.400

Valor Pagado

IVA incluído:	$0
Pago a:	APORTES EN LINEA
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *1624
Descripción:	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9456377384

Fecha y hora inicio transacción	2023-10-01 22:35:54
NIT del comercio	9999001472382
Número de factura	9456377384
Código Único de Seguimiento	193373856
Dirección IP:	190.156.85.102

Referencia 1:	190.156.85.102
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	34331105

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 12 de octubre de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Popayán - Cauca

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.	1.150.691.566	Gabriela Camargo Parra	**HIJO**
T.I.	1.150.693.137	Juan Sebastián Camargo Parra	**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: Orlin Milena Parra Jara
C.C. 34.331.105

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.150.691.566**

CAMARGO PARRA

APELLIDOS
GABRIELA

NOMBRES
Gabriela Camargo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **14-FEB-2013**

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

14-FEB-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

05-MAR-2021 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ G S RH

F SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

P-1100150-01222291-F-1150691566-20210316 0073763070A 1 8501664929

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ TI
1.150.693.137

APELLIDOS / NOMBRES
CAMARGO PARRA
JUAN SEBASTIAN

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
21-OCT-2015
CALI - VALLE

FECHA DE EXPEDICIÓN
18-MAY-2023

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
POPAYAN - AUXILIAR DEL NORTE DE POPAYAN

OFICINA DE ENTREGA
POPAYAN - AUXILIAR DEL NORTE DE POPAYAN

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 18-NOV-2023

8508279809
18-MAY-2023