SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE DISEÑO TECNOLOGICO INDUSTRIAL-VALLE

Código Regional	**76**
Código Centro	**922910**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**49967-588696**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LINA MARIA MORALES SANCHEZ	**C.C.**	1.130.611.641	**IP/Nº de contacto**	3157347232
Correo electrónico contratista:	lmorales@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: 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** 01167595410

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: 5372495/2023 **Nº Compromiso SIIF** **127023**

Valor Total del Contrato	$ 11.117.048	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.058.335	**2**	**Del**	**01/10/2023**	**Al**	**31/10/2023**	**$ 4.117.425,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.940.910		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: Contratar la prestación de servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral como instructor, ejecutando las acciones de formación para el programa acciones Regulares Periodo Fijo en el Centro Diseño Tecnológico Industrial de acuerdo con directrices y lineamientos institucionales para la vigencia 2023. PRODUCCION DE MEDIOS

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.117.425		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	$ 2.058.713			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.176.138**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.921.404**		**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	----------	**9456701118**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.646.970	$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 205.900	$ 145.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 263.600	$ 185.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.600	$ 6.100
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.544.034	$ -	
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	$ 263.600	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 205.900	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.600	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.307.135	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.921.404,00	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	
Pro-UCEVA	20.587,00	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	**$4.096.838,00**	

SON: CUATRO MILLONES NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FORMACION PRESENCIAL A LAS FICHAS
DEL TECNOLOGO EN PRODUCCION DE MEDIOS AUDIOVISUALES
TPMAD 24 TPMAD 25 TPMAD 26

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.

LINA MARIA MORALES SANCHEZ
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,

VICTOR GABRIEL QUIJANO VIDAL
INSTRUCTOR G12

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

ALEX AMED VALENCIA ROJAS

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 1130611641		MORALES SANCHEZ LINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 8 # 94 - 140	CALI-VALLE	4358207	Si

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	213322244	9456701118	I	2023/10/10	2023/10/11	BANCOLOMBIA	1	$511,900

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
1	CC	1130611641	MORALES SANCHEZ LINA MARIA	230301	30	$1,646,970	$263,600	EPS002	30	$1,646,970	$205,900	CCF57	30	$1,646,970	$33,000	14-23	30	$1,646,970	$8,600	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			**$1,646,970**	**$263,600**			**$1,646,970**	**$205,900**			**$1,646,970**	**$33,000**			**$1,646,970**	**$8,600**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$263,600	$300	$0	$263,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$263,600	$300	$0	$263,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$100	$0	$8,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,600	$100	$0	$8,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,000	$100	$0	$33,100
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	1	$33,000	$100	$0	$33,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$205,900	$300	$0	$206,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$205,900	$300	$0	$206,200
TOTAL				1	$511,100	$800	$0	$511,900

2023/10/13 05:47 PM

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 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:

T.I.	**1108569748**	**Mía Olivia Bolaños Morales**	**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: ___Lina María Morales Sánchez_____

C.C. ___1130611641____

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1108569748

Indicativo Serial: 53371030

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T 7 Y

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

COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BOLAÑOS	MORALES

Nombre(s)

MIA OLIVIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes JUN Día 13	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13060860 - 0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MORALES SANCHEZ LINA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.130.611.641 CALI	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BOLAÑOS GOMEZ WILDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.144.144.312 CALI	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BOLAÑOS GOMEZ WILDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1.144.144.312 CALI	

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 AGO Día 15	PEDRO JOSE BARRETO VAC... NOTARIO SEGUNDO DE CALI
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -