SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**26211-145089**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUISA FERNANDA CARDONA GOMEZ	**C.C.**	31.432.327	**IP/Nº de contacto**	3166599481
Correo electrónico contratista:	lfcardonag@hotmail.com				

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 ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 0550488416815006

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: 4532131/2023 **Nº Compromiso SIIF** **8623**

Valor Total del Contrato	$ 37.136.505	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.842.025	**9**	**Del**	**01/10/2023**	**Al**	**31/10/2023**	**$ 3.536.810,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.305.215		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

CONTRACION INSTRUCTORES: CO1.PCCNTR.4532131 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 MODALIDAD

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.536.810		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	**$ 3.536.810**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.079.322**		**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	----------	**1057213904**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.414.724	$ 1.414.724
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 176.900	$ 176.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 226.400	$ 226.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.400	$ 7.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 884.202	$ -	
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	$ 353.681	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 693.107	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.079.322,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.133.510,00	
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	6.267,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	17.684,00	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	**$3.512.859,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS DOCE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se impartió formación profesional en las fichas asignadas por el centro de formación

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.

LUISA FERNANDA CARDONA GOMEZ
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)

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-10-15, 07:39:17 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1057213904

Periodo Cotización: septiembre de 2023 **Periodo Servicio:** septiembre de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8872366280

PAGADO 02/10/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUISA FERNANDA CARDONA GOMEZ		
Documento	CC31432327	**Dirección**	CR 3A #51 - 29
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3166599481
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CARTAGO	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 31432327	LUISA FERNANDA CARDONA GOMEZ	59	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.414.725	$ 226.400	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.414.725	$ 176.900	0,522	$ 1.414.725	$ 7.400	(CCF57) COMFANDI	$ 1.414.725	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 439.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.414.725	$ 1.414.725	$ 1.414.725	$ 1.414.725	$ 226.400	$ 176.900	$ 7.400	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 439.000	$ 0	$ 439.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, 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	**1.113.865.693**	**DANIEL JOSE CHAVES CARDONA**	**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: Luisa Fernanda Cardona Gómez

C.C. 31.432.327

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.113.865.693 LEZ

Indicativo Serial 51084488

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 7 J

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA VALLE CARTAGO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHAVES	CARDONA

Nombre(s): DANIEL JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes JUN Día 20	MASCULINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): CLINICA DEL NORTE COLOMBIA VALLE CARTAGO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	1085397 9-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CARDONA GOMEZ LUISA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 31.432.327 DE CARTAGO VALLE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CHAVES CAICEDO MARCO TULIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 16.886.452 DE FLORIDA VALLE	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CHAVES CAICEDO MARCO TULIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 16.886.452 DE FLORIDA VALLE	[firma]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Documento de identificación (Clase y número): X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. Firma: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Documento de identificación (Clase y número): X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. Firma: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2012 Mes JUN Día 30	DR. GUILLERMO HEBERT SALCEDO PRIETO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
[firma] Firma	DR. GUILLERMO HEBERT SALCEDO PRIETO Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA REGISTRO NOTARIA PRIMERA CARTAGO VALLE

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -