SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL GUAVIARE
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE

Código Regional	**95**
Código Centro	**953310**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**14342-382024**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JARVINSON GIRALDO CASTAÑO	**C.C.**	97.612.560	**IP/Nº de contacto**	85337
Correo electrónico contratista:	jgiraldoc@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 BBVA **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** 0846000044

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: 4510192/2023 **Nº Compromiso SIIF** **6423**

Valor Total del Contrato	$ 44.583.955	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.615.227	**9**	**Del**	**01/10/2023**	**Al**	**31/10/2023**	**$ 4.246.091,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.369.136		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PER/ TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN ÁREA AGRICOLA EN ARTICULACIÓN SENA CON LA EDUCACIÓN MEDIA QUE IMPARTE EL CDATTG EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE. RDO N. 95-9-2023-000256.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.246.091		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	**$ 4.246.091**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.489.612**		**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	----------	**9456916714**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.698.436	$ 1.698.436
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 212.400	$ 212.400
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 271.800	$ 271.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 17.800	$ 17.800
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.061.522	$ -	
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	$ 424.609	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 829.871	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.489.612,00	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-Univesidad de la Amazonia	21.230,00	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	**$4.224.861,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartí FPI en la Institución educativa Antonio Nariño en los horarios definidos por la entidad ficha 2705385
Impartí FPI en la Institución Educativa CDR en los horarios definidos por la entidad ficha 2704492
Impartí FPI en la Institución Educativa Guacamayas en los horarios definidos por la entidad ficha 2705382
Impartí FPI en la Institución Educativa Guacamayas en los horarios definidos por la entidad ficha 2705382
Seleccioné estrategias de enseñanza- aprendizaje y evaluación en las fichas asignadas para tal fin
Participé en Expoguaviare
Participé en reuniones del programa

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.

JARVINSON GIRALDO CASTAÑO
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,

EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
COORDINADOR ACADÉMICO

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

GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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 97612560		GIRALDO CASTAÑO JARVINSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 26 Nro 19 B -24	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5840064	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	201311439	9456916714	I	2023/10/13	2023/10/05	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$502,100

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)					$1,699,000	$271,900			$1,699,000	$212,400			$0	$0			$1,699,000	$17,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,699,000	$271,900			$1,699,000	$212,400			$0	$0			$1,699,000	$17,800		$0	$0
Ciudad: SAN JOSE DEL GUAVIARE Depto: GUAVIARE (1 Afiliados)					$1,699,000	$271,900			$1,699,000	$212,400			$0	$0			$1,699,000	$17,800		$0	$0
1	CC	97612560 GIRALDO JARVINSON	230301	30	$1,699,000	$271,900	EPS037	30	$1,699,000	$212,400		0	$0	$0	14-23	30	$1,699,000	$17,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,699,000	$271,900			$1,699,000	$212,400			$0	$0			$1,699,000	$17,800		$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 97612560		GIRALDO CASTAÑO JARVINSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 26 Nro 19 B -24	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5840064	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	201311439	9456916714	I	2023/10/13	2023/10/05	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$502,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$271,900	$0	$0	$271,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$271,900	$0	$0	$271,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,800	$0	$0	$17,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$17,800	$0	$0	$17,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$212,400	$0	$0	$212,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$212,400	$0	$0	$212,400
TOTAL				1	$502,100	$0	$0	$502,100

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que GIRALDO CASTAÑO JARVINSON identificado(a) con CC 97612560 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JARVINSON GIRALDO CASTAÑO identificado(a) con CC 97612560

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9456916714	201311439	I	2023-10-05	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-09	30																		$1,699,000	12.5%	$212,400
9456916714	201311439	I	2023-10-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-09	30																		$1,699,000	16%	$271,900
9456916714	201311439	I	2023-10-05	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2023-09	30																		$1,699,000		$0
9456916714	201311439	I	2023-10-05	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2023-09	30																		$1,699,000		$0
9456916714	201311439	I	2023-10-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2023-09	30																		$0	0%	$0
9456916714	201311439	I	2023-10-05	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2023-09	30																		$0	0%	$0
9456916714	201311439	I	2023-10-05	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2023-09	30																		$1,699,000	1.044%	$17,800

Este certificado se expide el día 2023-10-18 a las 08:06.

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 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.	**1120568748**	**MATIAS GIRALDO VILLANUEVA**	**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: ___JARVINSON GIRALDO CASTAÑO___
C.C. __97.612.560__

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, ya sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

2274538
071080

NUIP 1120568748

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42533496

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [X] [2] [1]

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DE

Datos del inscrito

Primer Apellido: GIRALDO

Segundo Apellido: VILLANUEVA

Nombre(s): MATIAS

Fecha de nacimiento: Año 2008 Mes ABR Día 21

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: A

Factor RH: +

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

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 50119489-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: VILLANUEVA GIRALDO EDNA JOHANNA

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0041241756

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GIRALDO CASTAÑO JARVINSON

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0097612560

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GIRALDO CASTAÑO JARVINSON

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0097612560

Firma:

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

Año 2008 Mes MAY Día 06

Nombre y firma del funcionario que autoriza

NOREDY GISELA ROYERO SANCHEZ

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -