SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**51705-157238**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RAMIRO ANDRADE POLANCO	**C.C.**	93.372.316	**IP/Nº de contacto**	3202204110
Correo electrónico contratista:	randradep@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **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: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 07963338338

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: 5198080/2023 **Nº Compromiso SIIF** **72323**

Valor Total del Contrato	$ 20.888.400	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.042.500	**4**	**Del**	**01/10/2023**	**Al**	**31/10/2023**	**$ 4.017.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.025.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:ORIENTAR FORMACIÃ“N PROFESI INTEG TITULADA COMPLEMENTARIA PRESENC/VIRTUAL 2023-02-262215

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.017.000		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	**$ 4.017.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.325.815**		**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	----------	**4516185116**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.325.815,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.606.800	$ 1.606.800	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 200.900	$ 200.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.100	$ 257.100	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 8.400	$ 8.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.004.250	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
			-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ 47.814		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 401.700				
Salud hasta $ 678.592	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 775.272		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -				
			VALOR A PAGAR	**$4.017.000,00**	

SON: CUATRO MILLONES DIECISIETE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nombre formación:Tecnólogo Animación 3D Fichas:2626963,2675760,2721369,2721370,2721371,2758236,2758237 y 2758238.Análisis y Desarrollo de Software fichas 2834917-2834918. Ambiente de Formación: Virtual. Horario lunes a viernes 8:00 am a 12m y de 14:00 pm a 18:00 pm.
Competencia Técnica Desarrollada en el Periodo: 240201528 - 220201501 - 220501046
Resultados de Aprendizaje Desarrollado en el Periodo: 240201528-01-02-03-04, 220201501-01-02-03-04 y 220501046-02-03-04
Diseño de cronogramas, anuncios, y revisión de materiales de formación, (guías, Instrumento-material apoyo) de acuerdo con el horario dispuesto por coordinación académica. Se ejecutaron asignaciones de formación profesional de acuerdo con la programación de la Coordinación académica. Se aplicaron según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos de la entidad. Se realizo acompañamiento permanente a los aprendices de las Fichas atendidas. Se participa en las charlas de e pedagogos. Las demás actividades desarrolladas se reflejan en el informe mensual de ejecución contractual

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.

RAMIRO ANDRADE POLANCO
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,

LUZ ELVIRA LONDOÑO DE LOPEZ
INSTRUCTOR G09

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

CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	93372316
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RAMIRO ANDRADE POLANCO
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	MANZNA 7 CASA 7 6 ETAPA B/JORDAN	TELÉFONO:	2671107
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación media académica.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4516185116**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2023
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/10/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996113706

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 257.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257.200	$ 0	$ 257.200
SUBTOTALES:										**$ 257.200**	**$ 0**	**$ 257.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.900	$ 0	$ 0	$ 200.900
SUBTOTALES:													**$ 200.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 200.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.400	$ 8.400	$ 0	$ 0	$ 8.400
SUBTOTALES:									**$ 8.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.400**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF48	CCF48-CONFATOLIMA	1	$ 32.200	$ 0	$ 32.200
SUBTOTALES:			**$ 32.200**	**$ 0**	**$ 32.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 93372316	ANDRADE POLANCO RAMIRO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.607.000				NO

NOVEDADES

Nº	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.607.000	$ 257.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 257.200

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.607.000	$ 200.900	$ 0	$ 200.900

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.607.000	93372316	$ 8.400

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 1.607.000	CCF48-CONFATOLIMA	$ 32.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 498.700**

Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

Fecha: 04/10/2016 Hora: 09:44:23
Cliente: EFECTIVO LTDA.
Dirección: CRA 45 # 103 - 34 OF 1001
Ciudad: BOGOTA D.C.
Teléfono: 6460000
Solicitud: 2016-10-04-09-44-23-000
Servicio: 1
Tipo Servicio: Entrega
Prioridad: Normal
Fecha Programada: 04/10/2016 09:44:23
Fecha Entrega: 04/10/2016 09:44:23
Cantidad: 1
Peso: 2
Valor Declarado: 0
Valor Comisión: 0
Valor Iva Comisión: 0
Valor Pago: 0
Valor Factura: 498.700,00
Referencia: 933123316

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo. Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

Fecha: 04/10/2016 Hora: 09:44:23
Cliente: EFECTIVO LTDA.
Dirección: CRA 45 # 103 - 34 OF 1001
Ciudad: BOGOTA D.C.
Teléfono: 6460000
Solicitud: 2016-10-04-09-44-23-000
Servicio: 1
Tipo Servicio: Entrega
Prioridad: Normal
Fecha Programada: 04/10/2016 09:44:23
Fecha Entrega: 04/10/2016 09:44:23
Cantidad: 1
Peso: 2
Valor Declarado: 0
Valor Comisión: 0
Valor Iva Comisión: 0
Valor Pago: 0
Valor Factura: 498.700,00
Referencia: 933123316

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo. Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Armenia, 19 de julio de 2023

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2023-002849
19/07/2023 11:36:39
Destinatario: 639538

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Armenia

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.	1030282246	JUAN MANUEL ANDRADE REYES	**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: RAMIRO ANDRADE POLANCO

C.C. 93.372.316 de Ibagué

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.030.282.246

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42745928

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A H V

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

REGISTRADURIA DE IBAGUE H UNIV F LI A - COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ANDRADE	REYES

Nombre(s)

JUAN MANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes AGO Día 11	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51060395-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

REYES CUELLAR CARMENZA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 65.586.821	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ANDRADE POLANCO RAMIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 93.372.316	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ANDRADE POLANCO RAMIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 93.372.316	

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 2008 Mes AGO Día 14	ANGELA B ROJAS P. Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by TapScanner

Bancolombia

NIT 890.903.938-8 D.V 8

CERTIFICADO TRIBUTARIO CRÉDITO HIPOTECARIO

Fecha de Expedición			Año Gravable
Día	Mes	Año	
21	02	2023	**2022**

Agente Retenedor	NIT	DIV
Bancolombia S.A	890.903.938	8
Dirección	**Municipio**	**Departamento**
Carrera 48# 26-85 Torre Norte Piso 1	Medellín	Antioquia

DEUDORES

Nombre	Cédula o Nit
RAMIRO ANDRADE POLANCO	93372316
CARMENZA REYES CUELLAR	65586821

Información del Crédito	Número de Obligación	Fecha de Entrega			Fecha Vto. Definitvo			Línea de Crédito	Destinación del Préstamo
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
	80990006414	27	12	2010	27	02	2026	PESOS	VIVIENDA

Información sobre saldos del crédito

Monto Original del Préstamo	Saldo a:				Saldo a:			
	Día	Mes	Año	Valor	Día	Mes	Año	Valor
$ 44,363,900.00	31	12	2021	$ 17,693,568.00	31	12	2022	$ 13,553,610.00

Información sobre Pagos

Conceptos	Valores pagados en pesos
Capital	$ 4,018,054.00
Intereses Corrientes	$ 1,147,552.00
Interés de Mora	$ 9,889.00
Corrección U.V.R.	$ 0.00
Otros Conceptos	$ 0.00
VALOR TOTAL DEDUCIBLE	**$ 1,157,441.00**

Gravamen a los Movimientos Financieros "GMF" (4X1000)	Base Gravable	Valor Gravamen
	$ 0.00	$ 0.00

Ciudad dónde se consignó el Gravamen a los Movimientos Financieros	**BOGOTA**

Este certificado se expide sin firma autógrafa de conformidad con lo dispuesto en el art. 10 del D.R. 836 de 1991.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO