SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL RISARALDA**
**CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - TECNOACADEMIA**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **66** |
| **Código Centro** | **930810** |
| **Fecha Elaboración** | **1 Noviembre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **45671-179956** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | LEIDY JOHANA JIMENEZ COQUECO | **C.C.** | 1.087.999.314 | **IP/Nº de contacto** | 63335 |
| **Correo electrónico contratista:** | ljimenezco@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** 85156699590

**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:** 4542364/2023 **Nº Compromiso SIIF** **13523**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 57.257.700 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 15.759.000 | **9** | **Del** | **01/10/2023** | **Al** | **31/10/2023** | **$ 5.253.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 10.506.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO FACILITADOR TECNOACADEMIA RDA, PARA EJECUTAR ACTIVIDADES PROPIAS DE FORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y DSLLO COMPETENCIAS Y CAPACIDADES DE APRENDICES PROYECTOS DE INVESTIGACION DE QUÍMICA

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 5.253.000 | | 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** | **$ 5.253.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.088.350** | | **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** | ---------- | **4521091499** | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.088.350,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 2.101.200 | $ 2.101.200 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.654.100,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 262.700 | $ 262.700 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 336.200 | $ 336.200 | 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 | $ 11.000 | $ 11.000 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.313.250 | $ - | | Reteica - 8560 | 13.962,00 | 0,300% |
| | | | - | 0,00 | |
| | | | - | 0,00 | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466 | $ - | | - | 0,00 | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200 | $ - | | 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 | $ - | | | | |
| Dependientes hasta $ 1.357.184 | $ 525.300 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 1.029.450 | | | | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | **VALOR A PAGAR** | **$5.239.038,00** | |

**SON: CINCO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Clases a las I.E Ciudadela Cuba (lunes am), Laboure (Lunes pm), Manuel Elkin Patarroyo (Martes am), Cristo Rey, San Vicente, Hogar Nazareth, Salesiano y Maria auxiliadora (martes pm) Hernando Vélez (jueves pm),Nueva Granada y Santa Sofía (miércoles pm) y Luis Gonzalez (miércoles am).1.Realización de clases para semilleristas. 2. Postulación de proyectos para la 6ta Semana de la Química_UNAD Revisión de artículo de la revista Tecnoacademia_modo editor. 4. Asistencia al VII Simposio Regional de Biotecnología y Agroindustria 5.Asistencia a la feria de la ciencia de Doquebradas_UNAD 6. Feria de la ciencia_I.E Manuel Elkin Patarroyo.
Logística para el EDT de la Tecnoacademia Risaralda.1.Reunión de equipo 2. Visita del doctor_SST 3.Simulacro anti-derrames 4.Visita de la I.E San Vicente 5.Practica para colegios de Dosquebradas 6. Informe de la I.E Salesiano.
Colaboración para la creación del proyecto 2024
municipio:Dosquebradas

**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.

**LEIDY JOHANA JIMENEZ COQUECO**
**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,

**JORGE ALEXANDER GOMEZ GOMEZ**
**PROFESIONAL 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**

**ANDRES GOMEZ CALDERON**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1087999314 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LEIDY JOHANA JIMENEZ COQUECO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | PEREIRA | DEPARTAMENTO: | RISARALDA |
| DIRECCIÓN: | CERRITOS CAMPESTRE CASA 2507 | TELÉFONO: | 3220513 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4521091499** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES septiembre | AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES septiembre AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | | 5 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2023/10/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9996156384 |

**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 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 336.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.800 | $ 0 | $ 336.200 | $ 1.800 | $ 338.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 336.200** | **$ 1.800** | **$ 338.000** |

**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 |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 262.700 | $ 0 | $ 1.400 | $ 0 | $ 262.700 | $ 1.400 | $ 0 | $ 264.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 262.700** | **$ 1.400** | **$ 0** | **$ 264.100** |

**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 | $ 11.000 | $ 11.000 | $ 100 | $ 0 | $ 11.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 11.000** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 11.100** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1087999314 | JIMENEZ COQUECO LEIDY JOHANA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.101.200 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 2.101.200 | $ 336.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 336.200 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 2.101.200 | $ 262.700 | $ 0 | $ 262.700 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 2.101.200 | 108799931 | $ 11.000 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 613.200** |

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Pereira, 24 de octubre del 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Registro civil de nacimiento** | **1089940247** | **Juan José Quintero Jiménez** | **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: Leidy Johana Jiménez Coqueco

C.C. 1087999314

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Notaría Sexta
de Pereira

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

NUIP 1089940247

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial. 52780780

*52766700*

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código MZV

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

COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| QUINTERO - - - - - - - - - | JIMENEZ - - - - - - - - - - |

Nombre(s)

JUAN JOSE - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

| Fecha de nacimiento | | | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|---|---|
| Año 2015 | Mes Ago | Día 01 | MASCULINO | O | + |

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

COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA- - - - -

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 52779967-2 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos

JIMENEZ COQUECO LEIDY JOHANA - - - - - - - - - - - - - - - - - -

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 1087999314 | COLOMBIANA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos

QUINTERO GUTIERREZ JONATHAN - - - - - - - - - - - - - - - - - -

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 9860948 | COLOMBIANO |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

QUINTERO GUTIERREZ JONATHAN - - - - - - - - - - - - - - - - - -

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 9860948 | |

*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 2015 Mes Ago Día 04 | WILLIAM GONZALEZ BETANCURTH<br>Nombre y firma<br>NOTARIO SEXTO |

REPÚBLICA DE COLOMBIA WILLIAM GONZALEZ BETANCURTH Notario Sexto del Circulo de Pereira

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -