SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL

Código Regional	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**68376-569751**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	AURA ALICIA REYES VARGAS	**C.C.**	40.040.442	**IP/Nº de contacto**	3142590400
Correo electrónico contratista:	areyesv@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 ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 36367726134

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:	4531197/2023			**Nº Compromiso SIIF**	**8623**
Valor Total del Contrato	$ 39.294.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 7.858.900	**9**	**Del** 01/10/2023 **Al** 31/10/2023		**$ 3.929.450,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 3.929.450		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la formación profesional integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el programa Articulación con la Educación Media- Doble Titulación en el área AGRICOLA de acuerdo con la programación establecida

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.929.450		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	**$ 3.929.450**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.304.004**		**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	----------	**9456709969**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.571.780	$ 1.571.780
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 196.500	$ 196.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 251.500	$ 251.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.500	$ 16.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 982.362	$ -	
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	$ 392.945	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 768.001	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.304.004,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.929.450,00	
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 - 334	23.970,00	0,610%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	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)	554.000,00	
VALOR A PAGAR	**$3.351.480,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2-3 Octubre ficha 2499385 Recibir sustentacion proyectos 4 Octubre ficha 2499362 Recibir sustentacion proyectos
5-6 Octubre ficha 2496129 Recibir sustentacion proyectos 09 Octubre Ficha 2506173 Documentacion Sustentacion 10, 11 Ficha 2505956
Documentacion Sustentacion 12,13 Octubre Duitama Desarrollo Curricular 17 Octubre Ficha 2508778 Diligenciar e interpretar registros
18 Octubre Ficha 2508718 Diligenciar e interpretar registros 19 Octubre Ficha 2507872 Recibir sustentación proyectos
20 Octubre Ficha 2568698 Recibir sustentación proyectos 23 Octubre Ficha 2644765 fertilización cultivos,24 Octubre Ficha 2505956
25 Octubre Ficha 2506255 Recibir sustentación proyectos 26 y 27 Ficha 2698736 Realizar monitoreo de de plagas y enfermedades
30 y 31 Buenavista Sensibilización Grado 9

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.

AURA ALICIA REYES VARGAS
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,

CLAUDIA PATRICIA NUNEZ IZQUIERDO
INSTRUCTOR

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

ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40040442		REYES VARGAS AURA ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 66 0 a ESTE 32	TUNJA-BOYACA	7450988	No

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	1000000040	9456709969	I	2023/10/10	2023/10/31	BANCO DE BOGOTA	21	$474,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,571,780	$251,500			$1,571,780	$196,500			$0	$0			$1,571,780		$16,500		$0	$0		$464,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,571,780	$251,500			$1,571,780	$196,500			$0	$0			$1,571,780		$16,500		$0	$0		$464,500
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)																						$1,571,780	$251,500			$1,571,780	$196,500			$0	$0			$1,571,780		$16,500		$0	$0		$464,500
1	CC	40040442 REYES AURA																		25-14	30	$1,571,780	$251,500	EPS037	30	$1,571,780	$196,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,571,780	1.044%	$16,500	0	$0	$0	No	$464,500
Total		**Afiliados(1)**																				$1,571,780	$251,500			$1,571,780	$196,500			$0	$0			$1,571,780		$16,500		$0	$0		$464,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40040442		REYES VARGAS AURA ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 66 0 a ESTE 32	TUNJA-BOYACA	7450988	No

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	1000000040	9456709969	I	2023/10/10	2023/10/31	BANCO DE BOGOTA	21	$474,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$251,500	$5,500	$0	$257,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$251,500	$5,500	$0	$257,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,500	$400	$0	$16,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,500	$400	$0	$16,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,500	$4,300	$0	$200,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$196,500	$4,300	$0	$200,800
TOTAL				**1**	**$464,500**	**$10,200**	**$0**	**$474,700**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Duitama, Octubre 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.	**1029520951**	**CARLOS ANDRES CARREÑO 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: Aura Alicia Reyes Vargas

C.C. 40.040.442 de Tunja

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1029520951

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 36702805

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A E R

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE TUNJA-H SAN RAFAEL COLOMBIA BOYACA TUNJA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido: CARREÑO**********
Segundo Apellido: REYES**********
Nombre(s): CARLOS ANDRES**********
Fecha de nacimiento: Año 2007 Mes AGO Día 20
Sexo (en letras): MASCULINO*******
Grupo Sanguíneo: O******
Factor RH: +*******
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOYACA TUNJA**********
Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********
Número certificado de nacido vivo: A8090234**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: REYES VARGAS AURA ALICIA**********
Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0040040442**********
Nacionalidad: COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CARREÑO BURGOS JAVIER**********
Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0006[illegible]**********
Nacionalidad: COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CARREÑO BURGOS JAVIER**********
Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0006[illegible]**********
Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: **********
Documento de identificación (Clase y número): **********

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: **********
Documento de identificación (Clase y número): **********

Fecha de inscripción: Año 2007 Mes SEP Día 04

Nombre y firma del funcionario que autoriza: VICTOR EDUARDO TORRES HERNANDEZ**
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma

Nombre y Cargo del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 40040442 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 02/11/2023 08:10 PM

Código Verificación: **9YN7LS2A48**

Válida hasta: **01/02/2024**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC