SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE ELECTICIDAD Y AUTOMATIZACIÓN INDUSTRIAL-CEAI-VALLE

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**38247-609229**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIEGO ALEXANDER ARENAS DUARTE	**C.C.**	1.100.962.822	**IP/Nº de contacto**	73866
Correo electrónico contratista:	daarenasd@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:	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**	047900077711		
		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:	4727637/2023		**Nº Compromiso SIIF**	**29823**		
Valor Total del Contrato	$ 36.052.104	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.096.830	**9**	**Del**	**01/11/2023**	**Al** 30/11/2023	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0.00		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para apoyar la formación profesional de nivel técnico programada por el centro para el programa de articulación con la media en la red de conocimiento hotelería y turismo en el área temática turismo

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.096.830		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	**$ 4.096.830**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.402.135**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8627747140**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.732	$ 1.638.732
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.900	$ 204.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.200	$ 262.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 17.200	$ 17.200
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.024.207	$ -	
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	$ 409.683	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 800.712	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.402.135,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.096.830,00	
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 - SOCORRO	20.484,00	0,500%
Reteica - SAN GIL	0,00	0,000%
-	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)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.076.346,00**	

SON: CUATRO MILLONES SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha n. 2716715 Diseñar paquetes turísticos de acuerdo con componentes técnicos y estándares de servicio 40 Hrs
Ficha n. 2716715 Resultados de aprendizaje etapa practica 4 hrs
Ficha n. 2489784 Vender productos y servicios de acuerdo con las necesidades del cliente y objetivos comerciales 44 hrs
Ficha n. 2489784 Resultados de aprendizaje etapa practica 10 hrs
Ficha n. 2713522 Elaborar documentos de acuerdo con normas técnicas. 25 hrs
Ficha n. 2713522 Resultados de aprendizaje etapa practica 10 hrs
Ficha n. 2726755 Elaborar documentos de acuerdo con normas técnicas. 22 hrs
Total Horas Adicionales: 12 horas
TOTAL HORAS MES NOVIEMBRE: 167 horas

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.

DIEGO ALEXANDER ARENAS DUARTE
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,

OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO
INSTRUCTOR G19

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

JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

RAZON SOCIAL :	DIEGO ALEXANDER ARENAS DUARTE
IDENTIFICACION:	CC-1100962822
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-11-14
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-11-08
FECHA DE PAGO:	2023-11-14
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2023-10
PERIODO SALUD:	2023-10
NUMERO PLANILLA:	8627747140
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8658377511
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.638.800	$ 0	$ 0	$ 1.300	$ 204.900	$ 206.200
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.638.800	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 262.300	$ 263.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.638.800	$ 0	$ 0	$ 200	$ 17.200	$ 17.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 3.100	$ 484.400	$ 487.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/12/2023

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 de Noviembre 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
San Gil
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.	1097209104	TIFANNY ARENAS GARCIA	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: Diego Alexander Arenas Duarte
C.C. 1100962822

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Antigua Copia Registro Civil
25586001-0

NUIP 1.097.209.104

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56990070

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 4 H

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

REGISTRADURIA DE SAN GIL - COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARENAS.....	GARCIA.....

Nombre(s)

THIFFANY.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes FEB Día 15	FEMENINO.....	A.....	POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER BARRANCABERMEJA.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO.....	.....

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con filios matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GARCIA CARPIO AURA CRISTINA.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.096.223.344.....	COLOMBIA.....

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con filios matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ARENAS DUARTE DIEGO ALEXANDER.....

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.100.962.822.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARENAS DUARTE DIEGO ALEXANDER.....

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.100.962.822.....	

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 2019 Mes ENE Día 28	OSCAR MAURICIO BAUTISTA LASPRILLA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

28 ENE 2019 - SERIAL REEMPLAZA A - 0057459467 - 27 FEB 2017.
RECONOCIMIENTO PATERNO O MATERNO - . LIBRO DE VARIOS 040 FLIO
0273

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

LITOGRAFÍA DINÁMICA