

 <p>SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL GUAVIARE CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLÓGICO DEL GUAVIARE		Código Regional	95
			Código Centro	953310
			Fecha Elaboración	Noviembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
		ID de Proceso	23952-009579	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: DIEGO RICARDO GRANADOS MOJICA Correo electrónico contratista: dgranadosm@sena.edu.co		C.C. 79.955.454	IP/N° de contacto 85340	
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	N° Cuenta 0846000115	
		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				
N° del contrato: 5473644/2023	N° Compromiso SIIF 163523			
Valor Total del Contrato \$ 8.209.111 Saldo Anterior del Contrato \$ 6.510.674 Nuevo Saldo del Contrato \$ 2.264.582	N° Pago 2	Periodo objeto de pago Del 01/11/2023 Al 30/11/2023		Valor Bruto Pago \$ 4.246.092,00
		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERV PER/ TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACIÓN EN PROGRAMAS RED INS INTEGRALIDAD DE LA FORMACIÓN - INTERACCIÓN CONSIGO MISMO, CON LOS DEMÁS, CON LA NATURALEZA, QUE IMPARTE EL CDATTG, EN GUAVIARE Y SUR META. RDO N. 95-9-2023-004008.		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.246.092	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 1.698.437	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 5.944.529	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 3.394.782	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.394.782,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	72538554		Base retención en la fuente a título de ICA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 212.400	\$ 1.698.437	\$ 1.160.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 271.800	\$ 212.400	\$ 145.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	\$ 271.800	\$ 185.600	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL \$ 8.900	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833	\$ -	\$ 6.100	Reteica - 8299	0,00
\$ 1.486.132	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 185.600	\$ 1.357.184	\$ 594.453	Descuentos de Libranza	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 145.000	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 6.100	\$ 2.792.123	\$ 1.131.594	VALOR A PAGAR	\$4.246.092,00
Dependientes hasta \$ 1.357.184	\$ -			
Salud hasta \$ 678.592	\$ -			
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123	\$ -			
Retención en la Fuente Contingente \$ -				
SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
2713540Patronaje industrial de prendas de vestir 2651707gestión empresarial 2620258coordinación de escuelas de música 2848529gestión empresarial 2848525Gestión bancaria y de operaciones financieras 27135210perario de manos y pies				
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.				
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,				
NANCY GIANNINI VELASCO CARVAJAL 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 GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

Información básica de la planilla

Empresa:	DIEGO RICARDO GRANADOS MOJICA	NIT:	79955454
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	octubre 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	octubre 2023
Número de Radicación:	71547202	Total a pagar:	\$164,400
Fecha de vencimiento:	15/11/2023	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	09/10/2023	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCAMIA S.A.	Número Autorización:	209821897
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$3,000
230301	800224808	Porvenir	1		\$0	\$90,600
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		\$0	\$70,800
						\$164,400

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

DATOS DEL APORTANTE						DATOS DE LA PLANILLA									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX	PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
CC	79955454	DIEGO RICARDO GRANADOS MOJICA		vd st rosa finca el progreso	3228429948		SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		MES	AÑO	MES	AÑO					
U	I	PRINCIPAL	PPAL	GUAVIARE	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE		10	2023	10	2023	I	09 10 2023	71547202	No	No

CENTRO DE TRABAJO		Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS					1					NIT EMPRESA CONVENIO					Todos																																									
No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad																							
1	CC 79955454	GRANADOS MOJICA DIEGO RICARDO	59	0			No	001	95		X														10	10	10	EPS037	\$566,146	12.50%	\$70,800	230301	\$566,146	16.00%	\$90,600	\$0																							

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 79955454	GRANADOS MOJICA DIEGO RICARDO	\$0	14-23	\$566,146	0.52%	1	\$3,000
			\$0					\$3,000

PAGADO

Información básica de la planilla

Empresa:	DIEGO RICARDO GRANADOS MOJICA	NIT:	79955454
Tipo Planilla:	N	Periodo liquidación Pensiones:	octubre 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	octubre 2023
Número de Radicación:	72538554	Total a pagar:	\$198,600
Fecha de vencimiento:	15/11/2023	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	20/11/2023	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCAMIA S.A.	Número Autorización:	287738495
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$3,700
230301	800224808	Porvenir	1		\$0	\$109,400
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		\$0	\$85,500
						\$198,600

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

Le informamos que el pago de la planilla No. 72538554, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

DATOS DEL APORTANTE						DATOS DE LA PLANILLA									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX	PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
CC	79955454	DIEGO RICARDO GRANADOS MOJICA		vd st rosa finca el progreso	3228429948		SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		MES	AÑO	MES	AÑO					
U	I	PRINCIPAL	PPAL	GUAVIARE	SAN JOSÉ DEL GUAVIARE		10	2023	10	2023	N	20 11 2023	72538554	No	No

CENTRO DE TRABAJO		Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS					1					NIT EMPRESA CONVENIO					Todos																										
No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad								
1	CC 79955454	GRANADOS MOJICA DIEGO RICARDO	59	0			No	001	95		X														10	10	10	EPS037	\$566,146	12.50%	(\$70,800)	230301	\$566,146	16.00%	(\$90,600)	\$0								
2	CC 79955454	GRANADOS MOJICA DIEGO RICARDO	59	0			No	001	95		X														21	21	21	EPS037	\$1,246,000	12.50%	\$155,800	230301	\$1,246,000	16.00%	\$199,400	\$0								
																																					\$85,000						\$108,800	\$0

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 79955454	GRANADOS MOJICA DIEGO RICARDO	\$0	14-23	\$566,146	0.52%	1	(\$3,000)
2	CC 79955454	GRANADOS MOJICA DIEGO RICARDO	\$0	14-23	\$1,246,000	0.52%	1	\$6,600
			\$0					\$3,600

PAGADO



PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar 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, 20 de noviembre

Señores:

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario 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:

NUIP - NIP	1120581409	JULIANA GRANADOS RAMIREZ	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 RICARDO GRANADOS MOJICA

C.C. 79.955.454



NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVOREQUISITOS
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

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N 3357242**

NUPI 120.581.409

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Acreditar
Parentesco



Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

GRANADOS RAMIREZ JULIANA

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Año 2 0 1 5 Mes N O V Día 0 5

FEMENINO

A +

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

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Indicativo serial

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Año 2 0 1 5 Mes N O V Día 2 4

0052125595

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

RAMIREZ JOYA LUZ ESPERANZA

Nacionalidad

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.096.949.281

COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

GRANADOS MOJICA DIEGO RICARDO

Nacionalidad

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 79.955.454

COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

GRANADOS MOJICA DIEGO RICARDO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 79.955.454

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

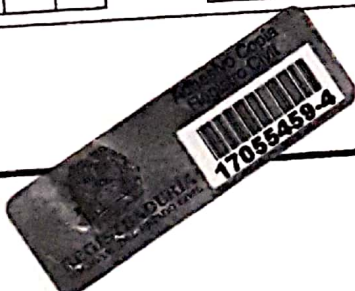
Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2 0 1 5 Mes N O V Día 2 4

Nombre y Firma del funcionario

WILLIAM HERNANDEZ

Registrador del Estado Civil



Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

diego ricardo granados mojica

C.C 79.955.454

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 20 de noviembre 2023



Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761142059000