SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL CAUCA**
**CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **19** |
| **Código Centro** | **930710** |
| **Fecha Elaboración** | **Noviembre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **12841-250534** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JAIR ANDRES PEREZ QUINA | **C.C.** | 16.376.983 | **IP/Nº de contacto** | 3108946440 |
| **Correo electrónico contratista:** | jairandresperez@misena.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** 86856018174

**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:** | 4508346/2023 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **6223** | | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 43.103.333 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 7.720.000 | **11** | **Del** | **01/11/2023** | **Al** | **30/11/2023** | **$ 3.860.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 3.860.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista, impartiendo formación profesional integral presencial, a distancia o virtual; en los programas de titulada regular, del centro de comercio y servicio del SENA Regional Cauca, perteneciente al área o red de conocimiento: Administrativa y Financiera, según las necesidades del servicio, en el o los municipios del departamento

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.860.000 | | 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** | **$ 3.860.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.269.350** | | **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** | ---------- | **9458452262** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.544.000 | $ 1.544.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 193.000 | $ 193.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 247.100 | $ 247.100 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.100 | $ 8.100 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 965.000 | $ - | |
| 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 | $ 386.000 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 756.450 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.269.350,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.860.000,00 | |
| 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 - 300 | 7.720,00 | 0,200% |
| - | 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) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$3.852.280,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

- Publicación y ejecución de actividades según calendario en el aplicativo Sofiaplus
- Orientar procesos de formación profesional en las fichas:
-Gestión Contable y Financiera ficha 2561084, NCL Recomendar los ajustes a los procedimientos teniendo en cuenta la normatividad vigente y las políticas organizacionales. Desde el 01 de Noviembre. Según Reporte Sofiaplus, 132 horas.
-Gestión Contable y Financiera ficha 2657561, NCL Determinar los recursos financieros de acuerdo con el plan de acción de la organización. Desde el 01 de Noviembre Según Reporte Sofiaplus, 30 horas.
- Entregar informes académicos que contenga: juicios evaluativos, novedades de los aprendices
- Registrar los resultados de la emisión de juicios de evaluación relacionados con los logros de los resultados de aprendizaje
- Garantizar el pago oportuno de la seguridad social de cada mes para que éste se vea reflejado en la base de datos del FOSYGA.

**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.

**JAIR ANDRES PEREZ QUINA**
**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,

**OLGA LUCIA HOYOS ASTUDILLO**
**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**

**HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 16376983 | | PEREZ QUINA JAIR ANDRES | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Diagonal 16b #18b-10 | POPAYAN-CAUCA | 8300895 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-10 | 2023-10 | 292663212 | 9458452262 | I | 2023/11/22 | 2023/11/22 | NEQUI | 0 | $479,100 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,544,000 | $247,100 | | | $1,544,000 | $193,000 | | | $1,544,000 | $30,900 | | | $1,544,000 | $8,100 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,544,000 | $247,100 | | | $1,544,000 | $193,000 | | | $1,544,000 | $30,900 | | | $1,544,000 | $8,100 | | $0 | $0 |
| Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,544,000 | $247,100 | | | $1,544,000 | $193,000 | | | $1,544,000 | $30,900 | | | $1,544,000 | $8,100 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 16376983 | PEREZ JAIR | 230301 | 30 | $1,544,000 | $247,100 | EPS005 | 30 | $1,544,000 | $193,000 | CCF14 | 30 | $1,544,000 | $30,900 | 14-23 | 30 | $1,544,000 | $8,100 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,544,000 | $247,100 | | | $1,544,000 | $193,000 | | | $1,544,000 | $30,900 | | | $1,544,000 | $8,100 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 16376983 | | PEREZ QUINA JAIR ANDRES | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Diagonal 16b #18b-10 | POPAYAN-CAUCA | 8300895 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-10 | 2023-10 | 292663212 | 9458452262 | I | 2023/11/22 | 2023/11/22 | NEQUI | 0 | $479,100 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $247,100 | $0 | $0 | $247,100 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $247,100 | $0 | $0 | $247,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $8,100 | $0 | $0 | $8,100 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $8,100 | $0 | $0 | $8,100 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $30,900 | $0 | $0 | $30,900 |
| COMFACAUCA | CCF14 | 891,500,182 | 0 | 1 | $30,900 | $0 | $0 | $30,900 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $193,000 | $0 | $0 | $193,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $193,000 | $0 | $0 | $193,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $479,100 | $0 | $0 | $479,100 |

Nequi

# Resumen de pago

**Descripción de compra**
Pago de la Planilla de aportes con clave\
9458452262

**Estado**
Aprobado

**Tienda**
APORTES EN LINEA

**Referencia de pago**
292663212

**¿Cuánto?**
$479,100

**Referencia Nequi**
M4429574

**Número de referencia 1**
181.137.213.209

**Número de referencia 2**
CC

**Número de referencia 3**
16376983

Tu plata salió de:

Disponible

aportes en línea

# Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

## Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

### Resumen del pago electrónico

| | |
|---|---|
| **Dirección IP:** | 181.137.213.209 |
| **Estado de la transacción:** | APROBADA |
| **Clave planilla:** | 9458452262 |
| **Valor:** | 479,100 |
| **Período de pago:** | 2023-10 |
| **No Transacción (CUS):** | 292663212 |
| **Fecha:** | 2023/11/22 |
| **Banco:** | NEQUI |
| **Aportes en línea:** | 9999001472382 |

Aceptar

Imprimir



Copyright © 2023 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

**PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS**

**FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

**Generalidades:**

1. El objetivo del presente formato es de bridar 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**

Popayán, Noviembre de 2022

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.** | **1.061.774.230** | **María Antonia Pérez Mera** | **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.

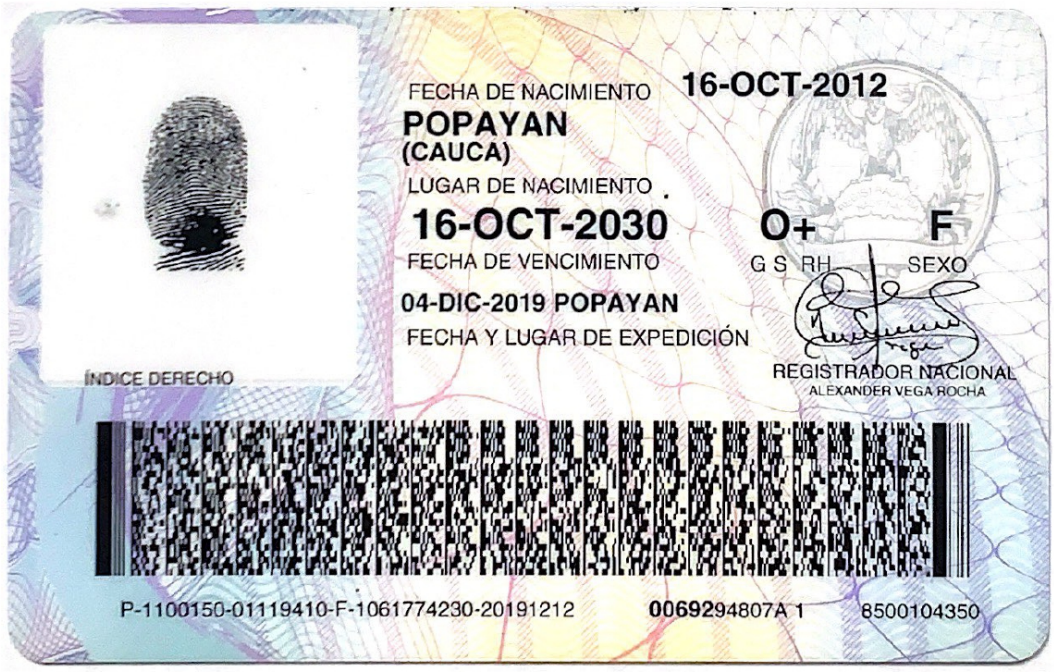
Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



_____

FIRMA
Nombre: _Andrés Pérez
C.C. _16.376.983 Cali


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.061.774.230
PEREZ MERA
APELLIDOS
MARIA ANTONIA
NOMBRES
Maria Antonia Perez M
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 16-OCT-2012
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
16-OCT-2030
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
F
SEXO
04-DIC-2019 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
INDICE DERECHO
P-1100150-01119410-F-1061774230-20191212
0069294807A 1
8500104350

***NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO***

**REQUISITOS 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<br>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<br>Certificado de Medicina Legal |