SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**76**
Código Centro	**954410**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**37602-336202**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RICARDO ANDRES CASTRO ORTEGA	**C.C.**	87.247.916	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	riancastro23@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 ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 83881589226

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: 4612658/2023 **Nº Compromiso SIIF** **17423**

Valor Total del Contrato	$ 38.364.265	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.958.646	**10**	**Del**	**01/11/2023**	**Al**	**30/11/2023**	**$ 3.914.721,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.043.925		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios profesionales de carácter temporal para orientar la formación profesional REGULAR programada por el centro de formación en la modalidad de Periodos Temporales en el Centro de Biotecnología Industrial del SENA Regional Valle en el programa de Seguridad y Salud en el Trabajo y los relacionados con la RED de conocimiento correspondiente de acuerdo con las necesidades de

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.914.721		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	**$ 3.914.721**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.295.337**		**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	----------	**28042318**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.565.888	$ 1.565.888
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.800	$ 195.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 250.600	$ 250.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.400	$ 16.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 978.680	$ -	
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	$ 391.472	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 765.112	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.295.337,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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 - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	19.574,00	0,500%
Universidad del Pacífico	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	**$3.895.147,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CIENTO CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Instructor Virtual SGSST Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo
Fichas: 2853872, 2853873, 2853874, 2853875, 2891936, 2891937

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.

RICARDO ANDRES CASTRO ORTEGA
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,

ALDEMAR BERMUDEZ MORILLO
INSTRUCTOR G20

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

ROCIO YAMILETH AUX LUNA

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	RICARDO ANDRES CASTRO ORTEGA
IDENTIFICACION:	CC-87247916
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-11-22
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-11-07
FECHA DE PAGO:	2023-11-22
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERIODO PENSION:	2023-10
PERIODO SALUD:	2023-10
NUMERO PLANILLA:	28042318
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	28042318
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.566.000	$ 0	$ 0	$ 3.000	$ 195.800	$ 198.800
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.566.000	$ 0	$ 0	$ 3.800	$ 250.600	$ 254.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.566.000	$ 0	$ 0	$ 300	$ 16.400	$ 16.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 7.100	$ 462.800	$ 469.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/12/2023

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de seguridad Social Integrado

Estado
Aprobado

Tienda
ASOPAGOS

Referencia de pago
291918808

¿Cuánto?
$469,900

Número de referencia 1
10.10.11.80

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
87247916

Tu plata salió de:



Disponible

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 87247916	0	RICARDO ANDRES CASTRO ORTEGA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
52-1	CRA 22 NRO 15 08 ESQUINA		7302963			PAGOENMUNICIPIO@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-10	2023-10	28042318	I	2023-11-22	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	469.900	7.100	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	28042318	2023-11-07	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 87247916	CASTRO ORTEGA RICARDO ANDRES	1.566.000																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.566.000	250.600	0	0	SANITAS-EPS005	1.566.000	195.800	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.566.000	16.400	0,01044	0	0	0	0	0	59	0	462.800	N	2749001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 87247916	0	RICARDO ANDRES CASTRO ORTEGA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
52-1	CRA 22 NRO 15 08 ESQUINA		7302963			PAGOENMUNICIPIO@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-10	2023-10	28042318	I	2023-11-22	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	469.900	7.100	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	28042318		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.566.000	1.566.000	1.566.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	250.600	0	3.800	0	254.400
PORVENIR	230301	800224808	8	1	250.600	0	3.800	0	254.400
EPS(Administradoras: 1)				1	195.800	0	3.000	0	198.800
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	195.800	0	3.000	0	198.800
ARP(Administradoras: 1)				1	16.400	0	300	0	16.700
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	16.400	0	300	0	16.700
Gran Total					462.800	0	7.100	0	469.900

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de Noviembre de 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.	**1.081.285.048**	**JOSE MANUEL CASTRO PALACIOS**	**HIJO**
C.C.	**1.004.234.519**	**JUAN ESTEBAN CASTRO PALACIOS**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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: RICARDO ANDRES CASTRO ORTEGA

C.C. 87.247.916.

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.081.285.048

Indicativo Serial 52800707

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 04 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1404

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

NOTARIA 4 PASTO - COLOMBIA - NARIÑO - PASTO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTRO	PALACIOS

Nombre(s)

JOSE MANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes JUN Día 07	MASCULINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA NARIÑO PASTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	53330765

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PALACIOS DELGADO CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 27.277.827	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CASTRO ORTEGA RICARDO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 87.247.916	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTRO ORTEGA RICARDO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 87.247.916	

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 JUN Día 17	JAIME RENE ZAMBRANO CABRERA NOT
	Nombre y firma

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

PARA FIEL COPIA DEL ORIGINAL

VALIDO PARA: DOCUMENTACIÓN

PASTO, 13 NOV 2020

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SONIA CECILIA BUCHELI CASTRO
NOTARIA CUARTA CIRCULO DE PASTO

- OFICIAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

- ESTUDIANTE -

UNIVERSIDAD MARIANA
ORDEN DE MATRICULA
NIT: 800092198-5
DIR: CL 18 34 - 104 BRR VERSALLES - TEL: 7244460

REF: **369007**	
RECIBO No.	PERIODO
FE09 50989	**20231**
FECHA DE IMPRESION.	**27/01/2023**

IDENTIFICACIÓN : **T.I - 1004234519**
APELLIDOS : **CASTRO PALACIOS**
NOMBRES : **JUAN ESTEBAN**
PROGRAMA : **ADMON. DE NEGOCIOS INTERNACIONALES SNIES 53076**

CÓDIGO : **1004234519**
DIRECCIÓN : **calle 2 # 26-130 av. panamericana torre**
CIUDAD : **PASTO**
TELEFONO : **32332226000**

CONCEPTO	VALOR	DESCUENTOS	VALOR
ORDEN DE MATRICULA PROGRAMAS PROFESIONALES	3.453.000,00		
SEGURO ESTUDIANTIL	18.000,00		
PAGUE HASTA		03/02/2023	3.471.000

SEÑOR ESTUDIANTE TENGA EN CUENTA LAS SIGUIENTES INDICACIONES

1. Realice el pago de esta orden únicamente con este formato. La impresión la debe realizar en impresora láser.

2. Exija al cajero al momento de su pago la devolución del desprendible "ESTUDIANTE", este lo necesitará para cualquier trámite académico o financiero.

3. Las opciones de pago de este recibo son:
- PAGO EN BANCOS: Páguese en la lista de bancos impresos en este recibo únicamente en efectivo. El pago debe ser por el total del recibo.
- PAGO MIXTO: (Tarjeta débito/crédito y cheque o efectivo) Únicamente en las instalaciones de la UNIVERSIDAD MARIANA CL 18 34 - 104 BRR VERSALLES. Los cheques (normales o de gerencia) y de cesantías deben ser girados a nombre de UNIVERSIDAD MARIANA NIT 800092198 - 5 , en este caso anote al respaldo los siguientes datos: nombre del estudiante, programa académico, cédula, dirección y teléfonos.
- CREDITO DIRECTO CON LA INSTITUCIÓN: Aplica para estudiantes de sexto (6) semestre en adelante, para matricula con pago ordinario y extraordinario.
- CREDITO CON OTRAS ENTIDADES: Este trámite debe realizarse de manera oportuna con anticipación a la fecha de vencimiento de su orden de matrícula.
- PAGOS POR INTERNET: (tarjeta débito o crédito) Ingrese a la Página Web Institucional WWW.UMARIANA.EDU.CO. Aplica únicamente para el pago del 100% de su matrícula, recuerde imprimir el comprobante como constancia de pago.

4. El pago de los derechos de matrícula conlleva a la manifestación expresa y voluntaria de que el estudiante conoce y acepta la totalidad de los reglamentos vigentes publicados en el Portal Institucional, así como las condiciones del programa académico señalado en el presente documento, perfeccionando su vínculo contractual de servicios educativos con la institución con base en los términos autorizados por el Ministerio de Educación.

Institución sujeta a inspección y vigilancia por el Ministerio de Educación

- BANCO -

UNIVERSIDAD MARIANA
ORDEN DE MATRICULA
NIT: 800092198-5
DIR: CL 18 34 - 104 BRR VERSALLES - TEL: 7244460

REF: **369007**	
RECIBO No.	PERIODO
FE09 50989	**20231**
FECHA DE IMPRESION.	**27/01/2023**

PRIMER PAGO

(415)7709998004894(8020)369007(8020)000010042345 19(3900)000347 1000(96)20230203

SEGUNDO PAGO

TERCER PAGO

IDENTIFICACIÓN
T.I - 1004234519
NOMBRES
JUAN ESTEBAN CASTRO PALACIOS
PROGRAMA
ADMON. DE NEGOCIOS INTERNACIONALES SNIES 53076

PAGUE HASTA	03/02/2023	3.471.000

NO SE ACEPTAN PAGOS POR UN VALOR DIFERENTE AL FACTURADO PARA CADA FECHA DE VENCIMIENTO.

Convenio de recaudo con Corredores Davivienda

Pague con esta orden en los siguientes bancos: BANCO AGRARIO DE COLOMBIA,ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A.,BBVA COLOMBIA,BANCO DAVIVIENDA S.A.

.

INFORMACIÓN BANCARIA

BANCO O CORPORACION	CUENTA No.	CHEQUE No.	VALO
		EFECTIV	
		TOTA	

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



DUPLICADO CC
1.004.234.519



APELLIDOS / NOMBRES
CASTRO PALACIOS
JUAN ESTEBAN

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
02-OCT-2002
PASTO - NARIÑO

FECHA DE EXPEDICIÓN
02-OCT-2020

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
PASTO - AUXILIAR DE PASTO

OFICINA DE ENTREGA
PASTO - AUXILIAR DE PASTO

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 02-SEP-2023

8507476365
02-MAR-2023

PANTALLAZO CURSO DE INTEGRIDAD Y TRANSPARENCIA

