SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**02217-367452**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ARNETH CASTRO BELTRAN	**C.C.**	12.000.504	**IP/Nº de contacto**	3122386071
Correo electrónico contratista:	acastrob@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: BANCO AGRARIO DE COLOMB **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** 433602003721

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: 4778915/2023 **Nº Compromiso SIIF** **35323**

Valor Total del Contrato	$ 38.884.442	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.959.861	**9**	**Del**	**01/11/2023**	**Al**	**30/11/2023**	**$ 4.539.040,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.420.821		Legalización comisiones del periodo			$ 900.000,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO APORTANDO EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS FORMATIVOS DE LOS DISEÑOS CURRICULARES ASIGNADOS POR LA COORDINACIÓN ACADÉMICA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROM

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.539.040		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	**$ 5.439.040**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.276.102**		**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	----------	**4524194949**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.815.616	$ 1.815.616
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 227.000	$ 227.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 290.500	$ 290.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.500	$ 9.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.359.760	$ -	
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	$ 543.904	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.092.034	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.276.102,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.921.540,00	
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 - 8551	9.843,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	68.086,00	1,500%
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	**$4.461.111,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y UN MIL CIENTO ONCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Las actividades desarrolladas durante el periodo objeto del mes de noviembre y de acuerdo a los lineamientos establecidos en las guías guías SER. Y siguiendo todos los protocolos de bioseguridad; Fueron las siguientes: comencé un curso en el municipio de Ungía en la comunidad del Tigre, denominado Emprendimiento en Producción de Plátano y Banano Ficha 2872417, el cual realicé la programación, que están plasmadas en la Planeación y las Guías. Las cuales la desarrolle en el Aula de clase, impartiendo los siguientes temas, utilizan todos los medios de formación: Empezando con la Competencia y sus resultados de aprendizajes; Manejar labores culturales no mecanizabl según recomendación técnica y cultivo; Alistar equipos, herramientas e insumos para las labores culturales en el cultivo de plátano y banano según manuales de operación y criterios técnicos. Realizar labores culturales en el cultivo de plátano y banano de acuerdo con requerimientos técnicos y estados vegetativos del cultivo. Ya en campo estamos preparando el terreno para la siembra, igual mente esta estamos preparando abonos orgánicos tipo Bocashi, para mejorar los terrenos y por ende la producción y las dietas alimenticias de la

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.



ARNETH CASTRO BELTRAN
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,

Yilse Aleida Ruiz Carrillo

Firmado digitalmente por Yilse Aleida Ruiz Carrillo
Fecha: 2023.11.23 15:41:31 -05'00'

YILSE ALEID RUIZ CARRILLO
INSTRUCTOR G13

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

CARLOS NEHEMIAS SALAMANDRA MARTINEZ

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Quibdó Choco, 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.	**1039100607**	**YARLETH SOFIA CASTRO RUIZ**	**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: ARNETH CASTRO BELTRAN
C.C. 12’000.504 de Riosucio Choco

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 0310917

NUIP 1.039.100.607

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

CASTRO RUIZ YARLETH SOFIA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	1	5	Mes	M	A	R	Día	2	5	FEMENINO	O +

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

COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	1	5	Mes	A	B	R	Día	0	6	0054454710

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

RUIZ POLO YANERIS ESTHER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 49.720.077	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

CASTRO BELTRAN ARNETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 12.000.504	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

CASTRO BELTRAN ARNETH

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 12.000.504

Espacio para notas

VALIDO SIN SELLO DCTO 2150/95

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA ANTIOQUIA NECOCLI	0 7 B

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)											Nombre y firma del funcionario
Año	2	0	1	5	Mes	A	B	R	Día	0	6	LUZ STELLA DE ARCO SILGADO

Registrador del Estado Civil



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	12000504
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ARNETH CASTRO BELTRAN CASTRO BELTRAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	CIUDAD BOLIVAR	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CL 48 N 43-18 2395370	TELÉFONO:	8277777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4524194949**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/11/01		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996424730	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 290.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 290.500	$ 0	$ 290.500
SUBTOTALES:										**$ 290.500**	**$ 0**	**$ 290.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 227.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.000	$ 0	$ 0	$ 227.000
SUBTOTALES:													**$ 227.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 227.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.000	$ 19.000	$ 0	$ 0	$ 19.000
SUBTOTALES:									**$ 19.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 12000504	CASTRO BELTRAN ARNETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.815.616				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.815.616	$ 290.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 290.500	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.815.616	$ 227.000	$ 0	$ 227.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.815.616	12000504	$ 19.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 536.500**