SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE

Código Regional	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**86834-059515**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CRISTHIAN ADRIAN TRIVIÑO GIRON	**C.C.**	94.481.807	**IP/Nº de contacto**	2119999
Correo electrónico contratista:	cristhiantg@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: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 84869200335

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: 4520500/2023 **Nº Compromiso SIIF** **10923**

Valor Total del Contrato	$ 35.938.017	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.462.891	**10**	**Del**	**01/11/2023**	**Al**	**30/11/2023**	**$ 3.523.335,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 939.556		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATACION INSTRUCTORES: CO1.PCCNTR.4520500 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA RED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN DEL SENA CON LA EDUCACIÓN MEDIA DEL CEN

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.523.335		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	**$ 3.523.335**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.071.426**		**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	----------	**8371785576**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.409.334	$ 1.409.334
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 176.200	$ 176.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 225.500	$ 225.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.400	$ 7.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 880.833	$ -	
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	$ 352.334	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 690.475	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.071.426,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.121.635,00	
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 - 8523	6.243,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	17.617,00	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	**$3.499.475,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Ejecucion dela formacion
2. Desarrollo de las guias de aprendizaje
3. Certificacion de aprendices

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.

CRISTHIAN ADRIAN TRIVIÑO GIRON
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,

JUAN CARLOS DIAZ POSADA
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

MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHORTUA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CRISTHIAN ADRIAN TRIVIÑO GIRON
No. Identificación: CC94481807
Dirección: CLL 14 5-52
Telefono: 3162857683
Correo: C.trivinio85@gmail.com
Ciudad: GUADALAJARA DE BUGA
Número de Planilla: 8371785576

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CRISTHIAN ADRIAN TRIVIÑO GIRON	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC94481807	**Periodo de Cotización Salud**	octubre de 2023
Número de planilla	8371785576	**Periodo de Cotización Pensión**	octubre de 2023
Fecha pago	2023-11-16	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	70574778	**Total Pagado**	415000
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	5900

PAGADA
8371785576

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	7600	1
231001	Colfondos	228700	1
EPS018	Servicio Occidental de Salud S.A. S.O.S EPS	178700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 94481807
APELLIDOS Y NOMBRES: CRISTHIAN ADRIAN TRIVIÑO GIRON

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS018	231001	1409334	1409334	1409334	0	176200	0	225500	0	7400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, 19 de octubre 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:

NUIP - NIP	**1190963851**	**ANA LUCIA TRIVIÑO VALENCIA**	**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,

Cristhian Adrian Trivino Giron
FIRMA

Nombre: _CRISTHIAN ADRIAN TRIVIÑO GIRON
C.C. _94.481.807

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

Adhesivo Copia Registro Civil
28145032-4

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1190963851

Indicativo Serial 60616469

60616469

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de [ ] Código E H X

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

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - BUGA BUGA HOSP. SAN JOSE **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TRIVIÑO **********	VALENCIA **********

Nombre(s)

ANA LUCIA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes JUL Día 08	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - BUGA **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	165388516 ********

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

Apellidos y nombres completos

VALENCIA TABARES ERIK ELIANA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1115068826 **********	COLOMBIA ********

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

Apellidos y nombres completos

TRIVIÑO GIRON CRISTHIAN ADRIAN **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 94481807 **********	COLOMBIA ********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TRIVIÑO GIRON CRISTHIAN ADRIAN **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 94481807 **********	

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 2021 Mes JUL Día 09	LUZ DARY MUÑOZ PEÑA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	LUZ DARY MUÑOZ PEÑA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS FOLIO 178 09/07/2021

NUMERO DE PREPARACIÓN 16503572