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	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**13430-911688**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ESPERANZA RIVAS ESCOBAR	**C.C.**	40.774.930	**IP/Nº de contacto**	87307
Correo electrónico contratista:	erivase@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 POPULAR **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** 210620273284

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: 4508326/2023 **Nº Compromiso SIIF** **6023**

Valor Total del Contrato	$ 41.173.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.930.000	**12**	**Del**	**01/12/2023**	**Al**	**15/12/2023**	**$ 1.930.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		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	$ 1.930.000		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	**$ 1.930.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.050.225**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9459335504**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.544.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 193.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 247.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 8.100
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 482.500	$ -	
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	$ 193.000	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 350.075	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.050.225,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.930.000,00	
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	3.860,00	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	**$1.926.140,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL CIENTO CUARENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar procesos de Formación Ficha 2774098 Competencia Reconocer de recursos financieros Total 47.90 Horas.
Orientar procesos de Formación Ficha 2774143 Competencia Reconocer de recursos financieros Total 12 Horas.
Orientar procesos de Formación Ficha 2824228 Competencia Reconocer de recursos financieros Total 23.90 Horas.

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.

ESPERANZA RIVAS ESCOBAR
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

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:	190.249.36.59
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9459335504
Valor:	448,200
Período de pago:	2023-11
No Transacción (CUS):	307323608
Fecha:	2023/11/30
Banco:	BANCO POPULAR
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

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

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 40774930		RIVAS ESCOBAR ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 27 1C 87	FLORENCIA-CAQUETA	4343725	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	307323608	9459335504	I	2023/12/11	2023/11/30	BANCO POPULAR	0	$448,200

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			$0	$0			$1,544,000	$8,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,544,000	$247,100			$1,544,000	$193,000			$0	$0			$1,544,000	$8,100		$0	$0
Ciudad: FLORENCIA Depto: CAQUETA (1 Afiliados)					$1,544,000	$247,100			$1,544,000	$193,000			$0	$0			$1,544,000	$8,100		$0	$0
1	CC 40774930	RIVAS ESPERANZA	230301	30	$1,544,000	$247,100	EPS005	30	$1,544,000	$193,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,544,000	$8,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,544,000	$247,100			$1,544,000	$193,000			$0	$0			$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 40774930		RIVAS ESCOBAR ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 27 1C 87	FLORENCIA-CAQUETA	4343725	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	307323608	9459335504	I	2023/12/11	2023/11/30	BANCO POPULAR	0	$448,200

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
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	$448,200	$0	$0	$448,200

	Versión: 04
	Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: Esperanza Rivas Escobar						IDENTIFICACIÓN
CIUDAD	Popayan	FECHA	4/12/2023	REGIONAL	Cauca	40.774.930
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:		Regional Cauca- Centro de comercio y servicios				
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	CO1.PCCNTR. 4503326 de 2023					

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	X	CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		TERMINACIÓN UNILATERAL	

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC		Edwin Brito A	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		Natalia Soto T	Natalia Soto T.
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		Sandra Pianda	
ALMACÉN E INVENTARIOS		Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio, Contratación)			
CONTABILIDAD		Juliana Topa Acosta	
TESORERIA		EDWIN MUÑOZ ORTEGA	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA		Olga Hoyos	PDH 2023 02.
BIBLIOTECA	✓	Johanna Salguero S.	Johanna S. S.
OTRO COMISIONES		Eduarth Efrén Gómez	
OTRO		Javier A. Solarte	Javier A. Solarte 8.04
SUPERVISOR DE CONTRATO		Olga Hoyos	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS: _____

Esperanza Rivas E
Firma del Contratista

Powered by CamScanner

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) ESPERANZA RIVAS ESCOBAR identificado(a) con CC. 40774930 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 11 de Diciembre de 2023 a las 10:11:26

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

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

Popayán, 02 de diciembre de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)

Popayán

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:

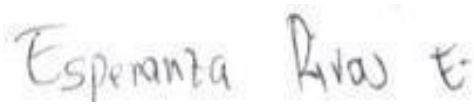
C.C.	**1117489958**	**Daniel Felipe Zarate Rivas**	**HIJO**
T.I	**1117503519**	**Andrés Leonardo Zarate Rivas**	**HIJO**

Toda vez que cumpl1e 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: _Esperanza Rivas Escobar___
C.C. 40.774.930 Florencia

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 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

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1117489958

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38647043

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código W 8 K

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

REGISTRADURIA DE FLORENCIA COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ZARATE**********	RIVAS**********

Nombre(s)

DANIEL FELIPE**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes SEP Día 14	MASCULINO*******	A*******	+*******

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

COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
TESTIGOS**********	**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RIVAS ESCOBAR ESPERANZA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0040774930**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ZARATE AUDOR ORLEY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0017650788**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ZARATE AUDOR ORLEY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0017650788**********	x

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

LLANOS NUÑEZ SANDRA PATRICIA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0040781725**********	x

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

LLANOS NUÑEZ YAZMIN**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0030505074**********	Yazmin Llanos

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2004 Mes OCT Día 20	RUBY ESTHER VELEZ RUZ**********
	Nombre y firma

FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL

Registradora del Estado Civil

29 DIC. 2014

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

NUIP 1117503519

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 3 9489884

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código W 8 K

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

REGISTRADURIA DE FLORENCIA COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ZARATE**********	RIVAS**********

Nombre(s)

ANDRES LEONARDO**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes NOV Día 07	MASCULINO*******	O******	+*******

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

COLOMBIA CAQUETA FLORENCIA**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A6774786**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RIVAS ESCOBAR ESPERANZA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0040774930**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ZARATE AUDOR ORLEY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0017650788**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ZARATE AUDOR ORLEY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0017650788**********	x

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 2006 Mes NOV Día 17	RUBY ESTHER VELEZ RUZ**********
	Nombre y firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -