SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL

Código Regional	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**76723-324425**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA	**C.C.**	75.088.912	**IP/Nº de contacto**	3223445172
Correo electrónico contratista:	aforozco@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: 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** 51429572120

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: 5292724/2023 **Nº Compromiso SIIF** **158423**

Valor Total del Contrato	$ 16.372.708	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.964.725	**5**	**Del**	**01/12/2023**	**Al**	**15/12/2023**	**$ 1.964.725,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales para planear, orientar y evaluar actividades de formación profesional integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el área Agrícola del programa de formación Titulada Regular y/o Complementaria, de acuerdo con los lineamientos y normatividad vigente,

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.964.725		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 39.295
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.929.450			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.894.175**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 39.295
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.471.118**		**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	----------	**67473481**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 773.333	$ 1.571.780
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 96.700	$ 196.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 123.800	$ 251.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 8.100	$ 16.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.473.543	$ -	
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	$ 251.500	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 196.500	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 16.500	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 589.418	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.157.039	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.471.118,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.964.725,00	
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 - 308	19.647,00	1,000%
-	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	**$1.945.078,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TÉCNICO EN PRODUCCIÓN AGROPECUARIA ECOLÓGICA FICHA: 2828368. MUNICIPIO: PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ) Fecha 04/12/2023 al 07/12/2023 Competencia : MANTENER EL CULTIVO SEGÚN RECOMENDACIONES AGRONÓMICA Resultados de aprendizaje:DETERMINAR LOS REQUERIMIENTOS DEL TRABAJO A REALIZAR CON BASE EN PRINCIPIOS TÉCNICOS Y POLÍTICAS DE LA EMPRESA. Fecha 11/12/2023 al 15/12/2023 Competencia : MANTENER EL CULTIVO SEGÚN RECOMENDACIONES AGRONÓMICA Resultados de aprendizaje:PROPAGAR Y SEMBRAR LA ESPECIE DE ACUERDO A LOS PROCEDIMIENTOS, CONDICIONES TÉCNICAS Y PARÁMETROS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA. COMPLEMENTARIA BÁSICO EN AGRICULTURA ECOLOGICA FICHA: 2890110 MUNICIPIO: PUERTO BOYACÁ (BOYACÁ) Fecha 29/11/2023 al 11/12/2023 Competencia: ESTABLECER CULTIVOS SEGÚN TIPO DE PRODUCTO, REQUERIMIENTOS TÉCNICOS Y NORMAS DE LA AGRICULTURA ECOLÓGICA. Resultados de aprendizaje: 1.DESARROLLAR LABORES DE MANEJO ECOLÓGICO DE SUELOS. 2. REALIZAR ASOCIACIÓN ECOLÓGICA DE ESPECIES VEGETALES. 3.LABRAR EL SUELO APLICANDO NORMAS DE LA AGRICULTURA ECOLÓGICA

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.

ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA
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,

ZARETH LIZARAZO DAVILA
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

ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-12-06, 10:41:30 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 66805815

Periodo Cotización: noviembre de 2023 **Periodo Servicio:** noviembre de 2023

PAGADO 06/12/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA		
Documento	CC75088912	**Dirección**	CR 56C #83 DD - 52
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3175229957
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	LA ESTRELLA	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 75088912	ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.571.780	$ 251.500	(EPS010) EPS SURA	$ 1.571.780	$ 196.500	1,044	$ 1.571.780	$ 16.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.571.780	$ 1.571.780	$ 1.571.780	$ 0	$ 251.500	$ 196.500	$ 16.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.500	$ 600	$ 465.100

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-12-06, 10:43:06 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 67473481

Periodo Cotización: diciembre de 2023 **Periodo Servicio:** diciembre de 2023

PAGADO 06/12/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA		
Documento	CC75088912	**Dirección**	CR 56C #83 DD - 52
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3175229957
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	LA ESTRELLA	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 75088912	ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS010) EPS SURA	$ 1.160.000	$ 145.000	1,044	$ 1.160.000	$ 12.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 342.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 185.600	$ 145.000	$ 12.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 342.800	$ 0	$ 342.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, Diciembre 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	**1096647455**	**NAHYARA OROZCO CARVAJAL**	**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: **ANDRES FELIPE OROZCO VALENCIA**

C.C. **75.088.912 de Manizales (Caldas)**

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 de edad.	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, 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.096.647.455

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54743804

54743804

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Q 4 B

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

REGISTRADURIA DE FILANDIA - COLOMBIA - QUINDIO - FILANDIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OROZCO	CARVAJAL

Nombre(s)

NAHYARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes JUN Día 10	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CARVAJAL LOPEZ DANIELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.096.646.002	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 75.088.912	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

OROZCO VALENCIA ANDRES FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 75.088.912	

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 2019 Mes ABR Día 15	CARLOS BAUTISTA OSORIO G. - REGIS Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

15.ABR.2019 - SERIAL REEMPLAZA A - 00547435-42 - 29.JUN.2017.
RECONOCIMIENTO PATERNO O MATERNO - TOMO 08 FOLIO 0101.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ORIXPRES S.A.S. NIT. 900.100.826-1 100238573