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	**85193-429370**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARTHA ISABEL ACERO SALCEDO	**C.C.**	23.384.428	**IP/Nº de contacto**	3124062093
Correo electrónico contratista:	maceros@sena.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: AV VILLAS **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** 720781967

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: 4509201/2023 **Nº Compromiso SIIF** **6523**

Valor Total del Contrato	$ 41.390.207	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.095.707	**11**	**Del**	**01/12/2023**	**Al**	**16/12/2023**	**$ 2.095.707,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 358.338,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la formación profesional integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el programa Articulación con la Educación Media- Doble Titulación en el área de AGROINDUSTRIA de acuerdo con la programación establecida

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.095.707		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 23.979
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.929.450			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.383.495**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 23.979
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.715.684**		**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	----------	**8372680274**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.571.780
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 196.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 251.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.200	$ 16.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.595.873	$ -	
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	$ 251.600	
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	$ 638.350	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.238.561	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.715.684,00	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.095.707,00	
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 - 334	12.784,00	0,610%
-	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	**$2.082.923,00**	

SON: DOS MILLONES OCHENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS VEINTITRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

01 de diciembre. se realizo sensibilización estudiantes grado noveno I.E Gustavo Romero Hernández, municipio de Tibaná.
04, 05, 06 y 07 diciembre. CEDEAGRO-Duitama. Se realizaron actividades de planeación pedagógica y desarrollo curricular: Registrar estudiantes grado noveno y evaluar aprendices grado décimo en aplicativo sofia plus y Foliar, escanear y organización de documentación proceso de certificación aprendices grado décimo en Onedrive.
11, 12, 13, 14 y 15 de diciembre. CEDEAGRO-Duitama. Se organizó informes contractual mes de diciembre y de finalización de contrato, Foliar, escanear y organización de documentación proceso de certificación aprendices grado décimo en Onedrive.Se organizo portafolio del instructor.

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.

MARTHA ISABEL ACERO SALCEDO
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,

CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ IZQUIERDO
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)

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

Señor(a): MARTHA ISABEL ACERO SALCEDO
No. Identificación: CC23384428
Dirección: CALLE 41 NO. 10ABIS -18
Telefono: 3124062093
Correo: marbelacero@gmail.com
Ciudad: SOGAMOSO
Número de Planilla: 8372680274

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA ISABEL ACERO SALCEDO	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC23384428	**Periodo de Cotización Salud**	noviembre de 2023
Número de planilla	8372680274	**Periodo de Cotización Pensión**	noviembre de 2023
Fecha pago	2023-12-07	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	72680274	**Total Pagado**	464600
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8372680274

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	16500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	251600	1
EPS005	Sanitas EPS	196500	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 23384428
APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA ISABEL ACERO SALCEDO

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
EPS005	25-14	1572000	1572000	1572000	0	196500	0	251600	0	16500	0

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

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

Señor(a): MARTHA ISABEL ACERO SALCEDO
No. Identificación: CC23384428
Dirección: CALLE 41 NO. 10ABIS -18
Telefono: 3124062093
Correo: marbelacero@gmail.com
Ciudad: SOGAMOSO
Número de Planilla: 8373165114

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MARTHA ISABEL ACERO SALCEDO
Tipo y número de identificación	CC23384428
Número de planilla	8373165114
Fecha pago	2023-12-12
Número de autorización pago	73165114
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2023
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	342800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	12200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	185600	1
EPS005	Sanitas EPS	145000	1

8373165114

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 23384428
APELLIDOS Y NOMBRES: MARTHA ISABEL ACERO SALCEDO

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
EPS005	25-14	1160000	1160000	1160000	0	145000	0	185600	0	12200	0

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Duitama, 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:

T.I.	**1058358396**	**ISABEL SOFIA DUARTE ACERO**	**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: Martha Isabel Acero Salcedo

C.C. 23384428 de Busbanza

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1058358396

Indicativo Serial 54353758

54353758

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1842

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DUARTE	ACERO

Nombre(s)

ISABEL SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes JUL Día 25	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12748814-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ACERO SALCEDO MARTHA ISABEL

Documento de Identificación (Clase y número)		Nacionalidad
C.C Nº 23.384.428	BUSBANZA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

DUARTE SUAREZ ANSELMO

Documento de Identificación (Clase y número)		Nacionalidad
C.C Nº 9.534.592	SOGAMOSO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DUARTE SUAREZ ANSELMO

Documento de Identificación (Clase y número)		Firma
C.C Nº 9.534.592	SOGAMOSO	

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

LA NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE SOGAMOSO CERTIFICA QUE EL PRESENTE ESCRITO DE ESTE DOCUMENTO CORRESPONDE EXACTAMENTE AL DEL ORIGINAL QUE SE ENCUENTRA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA.
26 SEP 2014
NOTARIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
Fabiola Tirado Guzmán
NOTARIA ENCARGADA
NOTARIA SEGUNDA SOGAMOSO BOY

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2014 Mes AGO Día 04	ROSALIA CAMARGO PALACIOS Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

*_

*_

*_

*_

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner