SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ANTIOQUIA
CENTRO DE TECNOLOGIA DE LA MANOFACTURA AVANZADA-ANTIOQUIA

Código Regional	**5**
Código Centro	**920410**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**36192-570580**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	PABLO EMILIO BERMUDEZ ARROYAVE	**C.C.**	1.037.578.959	**IP/Nº de contacto**	43374
Correo electrónico contratista:	pbermudeza@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: BANCO DE OCCIDENTE **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 485815088

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:	5836940/2024		**Nº Compromiso SIIF**	**20024**	
Valor Total del Contrato	$ 42.422.678	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 38.701.391	**2**	**Del** 01/03/2024 **Al**	31/03/2024	**$ 4.465.545,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 34.235.846		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: 5- 9204-94 CONTRATACION DE INSTRUCTORES PARA PLANEAR Y ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA PRESENCIAL AREA MEDIA TECNICA EN LA QUE SE REQUIERA SUPLIR LA NECESIDAD DEL CTMA.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545		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	**$ 4.465.545**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.599.718**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**69276698**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.786.218	$ 1.488.515
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 223.300	$ 186.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 285.800	$ 238.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 43.600	$ 36.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 1.116.386	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ 446.555	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 866.573	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.599.718,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
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 - 8299	0,00	0,400%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	17.862,00	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	**$4.447.683,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar en la implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol SIGA.
Realizar y/o actualizar los cursos de pedagogía dispuestos por la entidad, en aras de promover un mejor desempeño en la calidad del se
Apoyar en la supervisión de los contratos propios de su área, previa designación por parte de la Subdirección

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.

Pablo E

PABLO EMILIO BERMUDEZ ARROYAVE
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,

JULIAN ALONSO MESA CORREA
INSTRUCTOR G07

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

GUSTAVO ADOLFO VASQUEZ MORALES

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-03-01, 03:24:54 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2024
Empresa	PABLO EMILIO BERMUDEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1037578959
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	69276698
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	486935473
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 460.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 238.200	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EPS	1	$ 186.100	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 36.300	$ 0
		SubTotales:		$ 460.600	$ 0
		Total a Pagar:			$ 460.600

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.

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Medellín, 31 de marzo de 2024

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Medellín

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1035015051**	**Matias Bermudez Guisao**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años

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: Pablo Emilio Bermudez Arroyave

C.C. 1037578959

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1035015051

Indicativo Serial 60029358

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [2] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [A Z]

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

COLOMBIA-ANTIOQUIA-MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BERMUDEZ	GUISAO
Nombre(s)	
MATIAS	

Fecha de nacimiento: Año 2019 Mes AGO Día 06

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: X

Factor RH: X

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

COLOMBIA-ANTIOQUIA-MEDELLIN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: ~~15665545-0~~

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos 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: GUISAO HENAO ERIKA NATALIA

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 43877235

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos 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: BERMUDEZ ARROYAVE PABLO EMILIO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 1037578959

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BERMUDEZ ARROYAVE PABLO EMILIO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. 1037578959

Firma: xPablo Emilio Bermudez

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 A.T.

Año 2019 Mes AGO Día 12

Nombre y firma del funcionario que autoriza

BLANCA YOLANDA BERMUDEZ BELLO

Nombre y firma

Notaría Veinte del Círculo de Medellín

BLANCA YOLANDA BERMUDEZ BELLO NOTARIA

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

SE EXIME DE HUELLA PLANTAR DERECHA POR PRESENTAR DIFICULTADES TECNICAS PARA DICHA TOMA.
(DECRETO 1873 de 1971, artículo 2o.)

Notaría Veinte del Círculo de Medellín
Andrés Upegui Jiménez
Secretario Delegado

BLANCA YOLANDA BERMUDEZ BELLO NOTARIA

THOMAS GREG & SONS.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner