

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL GUAVIARE		Código Regional		95
			Código Centro		953310
			Fecha Elaboración		Marzo de 2024
	CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLÓGICO DEL GUAVIARE		Versión		ENERO 2024 - 1,24
		ID de Proceso		71992-653280	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		EDITH YUDY ROBLEDO ROBLEDO		C.C.	35.896.181
Correo electrónico contratista:		edithyudy@yahoo.es		IP/N° de contacto	0
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 BBVA		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
				N° Cuenta	0846001417
		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					
N° del contrato:		5778717/2024		N° Compromiso SIIF	4124
Valor Total del Contrato		\$ 48.836.667	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 43.073.334	3	Del 01/03/2024 Al 31/03/2024	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 38.523.334	Legalización comisiones del periodo		\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL:		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FPI, QUE SE EJECUTE EN MARCO PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA MEDIA ÁREA CONTABLE Y FINANCIERA, QUE IMPARTE EL CDATTG EN GUAVIARE. RDO CPE NO. 95-9-2024-000174.			
(Descripción del servicio prestado)					
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 4.550.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.550.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE		\$ 2.675.025	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Marzo	Febrero	Base retención en la fuente a título de RENTA	
		7917648691		2.675.025,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.820.000	\$ 1.820.000	Base retención en la fuente a título de ICA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 227.500	\$ 227.500	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 291.200	\$ 291.200	Valor base IVA	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	0,00	
ARL		\$ 9.600	\$ 9.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 9.805.208		\$ -		0,00	
\$ 1.137.500		\$ -		Menos Retención en la Fuente	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 14.903.916		\$ -		0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 14.903.916		\$ -		Menos Retención IVA	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.706.500		\$ -		0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Reteica - 8299	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		0,00	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		0,00	
Dependientes hasta \$ 1.506.080		\$ 455.000		Pro-Univesidad de la Amazonia	
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		22.750,00	
Renta Exenta 25% \$ 3.098.445		\$ 891.675		Otras Retenciones	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		0,00	
				Otras Retenciones	
				0,00	
				Descuentos de Libranza	
				0,00	
				Descuentos de embargo (Si tiene)	
				0,00	
				VALOR A PAGAR	
				\$4.527.250,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Reuniones de equipo executor para la formulación, convalidación ajustes al proyecto formativo del programa del Técnico en Contabilizac					
Impartir formación a las fichas 2703508, 2703495 y 2917043. Diseñar estrategias pedagógicas - didácticas pedagógicas - didácticas par					
Planeación pedagógica: Diseñar estrategias pedagógicas - didácticas para contextualizar la temática llevando al aprendiz a relacionars					
Diseñar estrategias pedagógicas - didácticas para contextualizar la temática llevando al aprendiz a relacionarse con los sectores econ					
Para el mes de marzo se realizaron sesiones de equipo executor de los diferentes programas de formación en ejecución de la Media Técni					
Participación en reuniones de articulación con las instituciones educativas el grupo de articulación con la media técnica					
Reuniones informativa y concertación con los padres de las fichas 2703508, 2703495 y 2917043.					
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.					
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.					
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 ACOSTA RODRIGUEZ					
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA																																						
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		35896181					NÚMERO PLANILLA:		7917648691				TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES																									
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					EDITH YUDY ROBLEDO ROBLEDO					PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		febrero AÑO		2024		2024																									
CIUDAD/MUNICIPIO:			QUIBDO		DEPARTAMENTO:		CHOCO			DÍAS DE MORA:				0		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		febrero AÑO																							
DIRECCIÓN:			CALLE 19B 29-23		TELÉFONO:		6716403			FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/03/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		497739855																											
TIPO APORTANTE:			02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE																																				
TIPO EMPRESA:			PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Comercio al por mayor de computadores, equipo per																																				
FORMA DE PRESENTACIÓN:			ÚNICO																																								
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					NO																																						

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 291.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 291.400	\$ 0	\$ 291.400
SUBTOTALES:										\$ 291.400	\$ 0	\$ 291.400

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 227.700		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 227.700	\$ 0	\$ 0	\$ 227.700
SUBTOTALES:													\$ 227.700	\$ 0	\$ 0	\$ 227.700	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 9.600	\$ 9.600	\$ 0	\$ 0	\$ 9.600
SUBTOTALES:									\$ 9.600	\$ 0	\$ 0	\$ 9.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																										
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																												
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP			IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU								
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE		ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE					DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD																										
1	CC 35896181	ROBLEDO ROBLEDO EDITH YUDY	INDEPEN NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.300.000			NO								01-30											230301- PORVENIR	30		\$ 1.821.000	\$ 291.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 291.400	EPS037- NUEVA EPS	30	\$ 1.821.000	\$ 227.700	\$ 0	\$ 227.700	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.821.000	\$ 35896181	\$ 9.600	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			



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

San José del Guaviare, 12 de marzo de 2024

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad **San José del Guaviare**

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.	1029800421	JHONIER JAIR CORDOBA ROBLEDO	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,

Nombre: EDITH YUDY ROBLEDO ROBLEDO
C.C. 35.896.181 DE Quibdó - Chocó



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

NUIP 1.029.800.421

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

54641332

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A F L

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL G-H SAN JOSE DEL GUAVIARE - COLOMBIA -

Datos del inscrito

Primer Apellido

CORDOBA

Segundo Apellido

ROBLEDO

Nombre(s)

JHONIER JAIR

Fecha de nacimiento

Año 2014 Mes SEP Día 22

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

0

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

12631628-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROBLEDO ROBLEDO EDITH YUDY

Documento de identificación (Clase y número)

CC 35.896.181

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CORDOBA HINESTROZA LISANDRO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 11.812.003

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CORDOBA HINESTROZA LISANDRO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 11.812.003

Firma

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

Año 2014 Mes SEP Día 23

Nombre / firma del funcionario que autoriza

LUZ ELENA DIAZ CAMPOS - REGISTRAD

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS



Adhesivo Copia
Registro Civil

28665622-5

PR-SAS HT, 001106-001 100238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -