SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL RISARALDA

CENTRO DE ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-RISARALDA

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**66**
Código Centro	**912110**
Fecha Elaboración	**1 de Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**59499-132098**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ISAI GALVIS DURAN	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	18.509.634	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	igalvisduran@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	85151059860
IP/Nº de contacto:	13200	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5736112/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**1224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA ATENDER LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS PROYECTOS PRODUCTIVOS Y SISTEMAS DE PRODUCCIÓN EN LA SEDE EL LEMBO DEL CENTRO ATENCIÓN SECTOR AGROPECUARIO, DURANTE LA VIGENCIA 2024

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024 Al 31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 44.786.520
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 51.504.498
Valor Bruto Pago:	**$ 4.478.652,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 40.307.868

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.478.652	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.478.652**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.632.687**	**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		----------	**4541383305**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.791.461	$ 1.791.461
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 224.000	$ 224.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 286.700	$ 286.700
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 9.400
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 447.865	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 878.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.455.145		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.632.687,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.967.952,00	
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 - PEREIRA	7.936,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.470.716,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA MIL SETECIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades realizadas en el mes de marzo de 2024, Organización de las unidades productivas, distribución espacial y necesidades de insumos, equipos y mano de obra.

Se realizo ejercicio de planificación de unidades productivas mediante fotogrametría.

Planeación de actividades, e insumos necesarios por cada unidad productiva y seguimiento a la ejecución.

Se ha realizado reunión con algunos equipos de instructores de las áreas agrícola, ambiental para la planeación y coordinación de de actividades en la SEDE.

Se realizo comercialización de los productos agropecuarios de la granja mediante oferta persona a persona y mercado local.

Municipio Santa Rosa de Cabal Risaralda.

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

ISAI GALVIS DURAN
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

YEIME MARITZA CAMPOS CRUZ
PROFESIONAL G02

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
LUZ ANDREA MONTOYA ALVAREZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

21/03/24 21:37:51 USUARIO: SIC - C.C. 18509634

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	18509634
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ISAI GALVIS DURAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	PEREIRA	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	MZ 1 CASA 23 SECTOR SAN	TELÉFONO:	3253636
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	4545645673	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO:	2024	
DÍAS DE MORA:	24				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/04/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998166501		
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4541383305	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/03/20		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 21.700
		SUBTOTAL:	1	$ 21.700
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 17.000
		SUBTOTAL:	1	$ 17.000
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 800
		SUBTOTAL:	1	$ 800

VALOR SIN MORA:	$ 38.500
VALOR MORA:	$ 1.000
TOTAL PAGADO:	$ 39.500

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	18509634
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ISAI GALVIS DURAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	PEREIRA	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	MZ 1 CASA 23 SECTOR SAN	TELÉFONO:	3253636
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4541383305	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	12				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/03/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998085457		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 268.300
		SUBTOTAL:	1	$ 268.300
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 209.600
		SUBTOTAL:	1	$ 209.600
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.800
		SUBTOTAL:	1	$ 8.800

VALOR SIN MORA:	$ 481.600
VALOR MORA:	$ 5.100
TOTAL PAGADO:	$ 486.700

Powered by CamScanner

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar 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

Bogotá, 02 de abril de 2024

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:

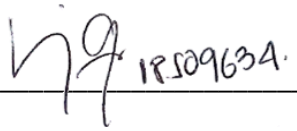
NUIP - NIP	**1089637986**	**María Antonia Galvis Rodríguez**	**HIJO**

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: Isai Galvis Duran
C.C. 18.509.634 Dosquebradas Risaralda

REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1089637986

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59899465

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código M Y V

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA NOTARIA 5 PEREIRA

Datos del inscrito

Primer Apellido: GALVIS

Segundo Apellido: RODRIGUEZ

Nombre(s): MARIA ANTONIA

Fecha de nacimiento: Año 2019 Mes MAR Día 05

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: B

Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA - RISARALDA - PEREIRA

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

Número certificado de nacido vivo: 15126739-0

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con linea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ QUINTERO MONICA LILIANA

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1087389406

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con linea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: GALVIS DURAN ISAI

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 18509634

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GALVIS DURAN ISAI

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 18509634

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 2019 Mes MAR Día 13

Nombre y firma del funcionario que autorizó

FERNANDO CHICA RIOS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del declarante ante quien se hace el reconocimiento

FERNANDO CHICA RIOS

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

QUE LIBRO DE VARIOS TOMO 17 FOLIO 20/13/03/2019

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner