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 CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

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

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**39112-889713**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DARIO OSWALDO TORRES BORJA	**Banco a consignar:**	BANCO POPULAR
Cédula de Ciudadanía	11.811.089	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	dariot@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	230380212258
IP/Nº de contacto:	310590057	**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**	NO

¿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:	5886171/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**11824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACION INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE 22 INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL COMPLEMENTARIA VICTIMA, EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DE LA REGIONAL CH

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024**	**Al**	**31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 21.866.667
Número de pago	**6**			**Valor Total del Contrato:**	$ 39.866.667
Valor Bruto Pago:			**$ 4.000.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 17.866.667

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.000.000	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	**$ 4.000.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.351.600**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	**Junio**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.351.600,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1065211289**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.544.000,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.600.000	$ 1.600.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 200.000	$ 200.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 256.000	$ 256.000	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 8.400	$ 8.400	Reteica - 8551 - QUIBDO	7.088,00	0,200%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Pro Utch	60.000,00	1,500%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 400.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 784.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.924.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$3.932.912,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

-SE APLICA EL FERTILIZANTE ADECUADO SEGÚN LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS.

-SE REALIZA EL DRENAJE, DESINFECCIÓN, SECADO Y SIFONEO DE LOS SISTEMAS DE CULTIVO SEGÚN LOS PROTOCOLOS DE LA EMPRESA E INDICACIONES ESPECIALES.

-SE DETECTAN ORGANISMOS INVASORES O COMPETIDORES TANTO VEGETALES O ANIMALES SEGÚN LOS PROTOCOLOS EMPRESARIALES.

-SE SELECCIONA EL FERTILIZANTE REQUERIDO PARA LA LABOR SEGÚN REQUERIMIENTOS DEL CULTIVO.

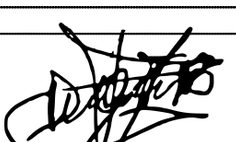
-SE ELIMINAN LOS ORGANISMOS INVASORES O COMPETIDORES SEGÚN PROTOCOLOS EMPRESARIALES.

-SE CARACTERIZA EL SITIO DE CULTIVO DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS DE PREPARACIÓN DE LOS DIFERENTES SISTEMAS PRODUCTIVOS Y DE LA ESPECIE SELECCIONADA.

-ALISTAR LAS HERRAMIENTAS Y ELEMENTOS DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS DEL SUELO.

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



DARIO OSWALDO TORRES BORJA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

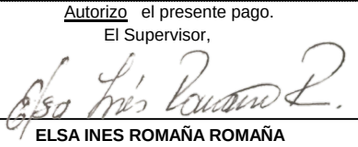
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



ELSA INES ROMAÑA ROMAÑA
INSTRUCTOR G15

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

CARLOS NEHEMIAS SALAMANDRA MARTINEZ

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)

23/07/24 18:40:52 USUARIO: SIC - C.C. 11811089

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-07-17, 01:29:11 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1065211289

Periodo Cotización: junio de 2024 **Periodo Servicio:** junio de 2024

PAGADO 17/07/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DARIO TORRES BORJA		
Documento	CC11811089	**Dirección**	CL 27 #2 - 21
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6723633
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	QUIBDO	**Departamento**	CHOCO
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 11811089	DARIO OSWALDO TORRES BORJA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.600.000	$ 256.000	(CCFC20) EPS-S COMPEN CHOCO	$ 1.600.000	$ 200.000	0,522	$ 1.600.000	$ 8.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.400

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
$ 1.600.000	$ 1.600.000	$ 1.600.000	$ 0	$ 256.000	$ 200.000	$ 8.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.400	$ 0	$ 464.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

QUIBDO, 15 de Febrero del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
QUIBDO

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:

RC	1078000305	LUIS ANTHONY TORRES CUESTA	Hijo(a)

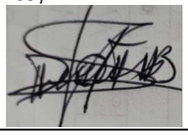
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



DARIO OSWALDO TORRES BORJA
C.C. 11811089

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

NUIP 1078000305

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41214249

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 3301

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

X X X X X COLOMBIA CHOCO QUIBDO X X X X X

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
X X X TORRES X X X	X X X QUESTA X X X

Nombre(s)

X X X X X X X X X LUIS ANTHONY X X X X

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes 08 Día 18	MASCULINO	O	POSITIVO

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

X X COLOMBIA CHOCO QUIBDO HOSPITAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA X X

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	7375043

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

X X X X X XXXXXXXXXX QUESTA MENA YURLEIDIS X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1.077.439.678 DE QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

X X X X X X TORRES BORJA DARIO OSWALDO X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 11.811.089 DE QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

X X X X X TORRES BORJA DARIO OSWALDO X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 11.811.089 DE QUIBDO	Dario O. Torres B

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

X X X X X X X X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

X X X X X X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2007 Mes 09 Día 07	TITO EUFRATES SALAZAR LOZANO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Dario Oswaldo Torres Borja Firma	TITO EUFRATES SALAZAR LOZANO Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

Se registra hijo natural inscrito a folio No. 062 del libro de varios tomo No. 2 del 2007 Vale enmendadura en el NUIP 1078000305

TITO EUFRATES SALAZAR LOZANO
NOTARIO PRIMERO DEL CIRCULO DE QUIBDO

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Powered by CamScanner