SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**940610**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**31037-888596**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR	**C.C.**	79.830.250	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	egrojas@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: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 20305129227

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: 4663867/2023 **Nº Compromiso SIIF** **22723**

Valor Total del Contrato	$ 19.530.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.358.200	**2**	**Del**	**01/03/2023**	**Al**	**31/03/2023**	**$ 3.906.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 14.452.200		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales para impartir formación profesional integral de carácter temporal en periodos fijos de instructor de forma titulada y/o complementaria presencial y virtual para desarrollar actividades encaminadas al proceso de enseñanza, aprendizaje y evaluación basados en competencias laborales por proyectos en los diferentes niveles de formación impartidos en el Centro Nacional

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.906.000		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	$ 1.171.800			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.077.800**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.833.290**		**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	----------	**7871114971**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.833.290,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.562.400	$ 1.160.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.460.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.300	$ 145.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 250.000	$ 185.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 16.400	$ 12.200	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.269.450	$ -		Reteica - 8299	33.430,00	0,966%
			-	0,00	
			-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 185.600		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 145.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 12.200				
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 507.780		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta $ 678.592	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 944.430				
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$3.872.570,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Cumplí con la programación asignada, conforme al horario estipulado para las fichas del primer trimestre académico del 2023
Asistí y participé en las reunionesl convocadas por la Coordinación Académica de Alimentos y Bebidas y por Apoyo a Supervisión
Hice correcto uso de la información y las contraseñas de acceso a las diferentes plataformas dispuestas por la Entidad
Mantuve actualizadas las plataformas Sigep y APE referente con la hoja de vida
Planeé, organicé, ejecuté e impartí formación profesional integral a los aprendices de las fichas asignadas
Di cumplimiento al horario en los días y a través de ambientes de aprendizaje
Efectué acompañamiento y seguimiento a los aprendices en sus proyectos formativos.
Creé conciencia y estimulé en los aprendices el interés por la participación y el desarrollo de las evidencias propuestas
Evalué a los aprendices aplicando instrumentos de evaluación a través de evidencias de conocimiento

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.

EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR
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,

CARLOS JAVIER GONZALEZ NAVARRETE
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

SONIA YAMILE ACUNA LESMES
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79830250
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDWIN GEOVANNY ROJAS PASTOR ROJAS PASTOR
CIUDAD/MUNICIPIO:	MOMPOS	DEPARTAMENTO:	BOLIVAR
DIRECCIÓN:	CARRERA 1 NO 14-161	TELÉFONO:	8855361
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación técnica profesional.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7871114971**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/02/20		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1924583149

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	$185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 185.600**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 145.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES								
																													PENSIÓN									SALUD						ARP																
Nº	IDENTIFICACIÓN	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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINED	
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																													
1	CC 79830250	ROJAS PASTOR EDWIN GEOVANNY	INDEPEND		$ 1.160.000				NO	17																230301-PORVENIR	14	$1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS002-SALUD TOTAL	14	$ 1.160.000	$ 145.000	$	$ 145.000			$1.160.000		$12.200		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0

TOTAL	**$ 342.800**

Planilla Pagada

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 13 de marzo 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.	**1.032.941.872**	**Matias Rojas Malagón**	**HIJO**

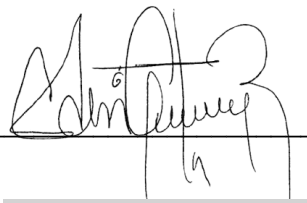
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Edwin Geovanny Rojas Pastor

C.C. 79.830.250

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

E08221414

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.032.941.872

Indicativo Serial 41228037

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 48 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A Y F

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

COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido: ROJAS

Segundo Apellido: MALAGON*

Nombre(s): MATIAS

Fecha de nacimiento: Año 2008 Mes OCT Día 16

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo Sanguíneo: O

Factor RH: (+)

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

COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DENACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 51386722-7*

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MALAGON ZULUAGA JENNY CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número): CC.# 53'124.683 DE BOGOTA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ROJAS PASTOR EDWIN GEOVANNY

Documento de identificación (Clase y número): C.C.# 79.830.250 DE BOGOTA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROJAS PASTOR EDWIN GEOVANNY****

Documento de identificación (Clase y número): C.C.# 79.830.250 DE BOGOTA ********

x

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):

REPUBLICA DE COLOMBIA
CARLOS ORJUELA ORTIZ
Firma

Fecha de inscripción

Año 2008 Mes OCT Día 31

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CARLOS ORJUELA ORTIZ.

Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA

Reconocimiento paterno

Nombre y firma de funcionario que autoriza el reconocimiento

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE CON DESTINO AL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

04 ABR 2017

NOTARIA CUARENTA Y UNO DE BOGOTÁ D.C.

DIANA PATRICIA MARTÍNEZ PULGARÍN
SECRETARIA DELEGADA
Decreto 1534 de 1989

ESTE REGISTRO CIVIL NO TIENE TERMINO DE VIGENCIA ART. 21 DE LA LEY 962 DE 2005