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 HOTELERIA, TURISMO Y ALIMENTOS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	**11**
Código Centro	**940610**
Fecha Elaboración	**Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**72637-710230**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HERNAN DARIO GARCIA GONZALEZ	**C.C.**	1.020.732.078	**IP/Nº de contacto**	15530
Correo electrónico contratista:	nanreh911@misena.edu.co				

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 ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 391255007

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: 4597675/2023 **Nº Compromiso SIIF** **17623**

Valor Total del Contrato	$ 19.530.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.280.400	**3**	**Del**	**01/04/2023**	**Al**	**30/04/2023**	**$ 3.906.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.374.400		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	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.906.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.583.225**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9448958309**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.562.400	$ 1.562.400
Aporte obligatorio a seguridad salud		$ 195.300	$ 195.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 250.000	$ 250.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 16.400	$ 16.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 8.835.833 $ 976.500	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	$ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	$ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda	$ 4.241.200	$ -	
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	$ 1.357.184	$ -	
Salud hasta	$ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 2.792.123	$ 861.075	
Retención en la Fuente Contingente		$ -	

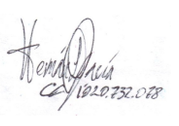
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.583.225,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.460.700,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	33.430,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	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	**$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

Impartir formación profesional integral a las fichas 2469830 y 2470703, como instructor lider, desarrollando la fase de ejecución y a y a las fichas 2393663 y 2393664 del tecnología en guianza turística.

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.



HERNAN DARIO GARCIA GONZALEZ
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,

JUAN BAUDILIO SIMBAQUEBA VARGAS
INSTRUCTOR G13

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)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020732078		GARCIA GONZALEZ HERNAN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 7ma d n 155 - 33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6718431	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	48958309	9448958309	I	2023/04/21	2023/04/13	BANCO AV VILLAS	0	$463,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,570,000	$251,200			$1,570,000	$196,300			$0	$0			$1,570,000	$16,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,570,000	$251,200			$1,570,000	$196,300			$0	$0			$1,570,000	$16,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,570,000	$251,200			$1,570,000	$196,300			$0	$0			$1,570,000	$16,400		$0	$0
1	CC	1020732078	GARCIA HERNAN	230301	30	$1,570,000	$251,200	EPS002	30	$1,570,000	$196,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,570,000	$16,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,570,000	$251,200			$1,570,000	$196,300			$0	$0			$1,570,000	$16,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020732078		GARCIA GONZALEZ HERNAN DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 7ma d n 155 - 33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6718431	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	48958309	9448958309	I	2023/04/21	2023/04/13	BANCO AV VILLAS	0	$463,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$251,200	$0	$0	$251,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$251,200	$0	$0	$251,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,400	$0	$0	$16,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,400	$0	$0	$16,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,300	$0	$0	$196,300
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$196,300	$0	$0	$196,300
TOTAL				1	$463,900	$0	$0	$463,900

1"6930 *PILA APORTES LINE 463.900
Factura: 9448958309
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 463.900
EFECTIVO 500.000

FACTURAS APROBADAS
Fac.9448958309 Apro:032549 BANCO:0052
CAMBIO 36.100
TARIFAS IVA

TARIFA	COMPRA	BASE/IMP.	IVA
=00%	463900	463900	0
TO"AL=	463900	463900	0

>> MAPA:1507 ID:2023041-2154500
Vr POS:243 Motor:7.1.10#232
TO"AL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. NIT 890.900.608-9
AU"ORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA RECLAMOS LLAMAR AL 018000428800
RESPONSABLE DE IVA- GRAN CONTRIBUYENTE

12/ABR/2023 15:46 4043 08 0171 2151

4043 - QN17J

TIQUETE INFORMATIVO DE VENTA
NUMERO DR: JN387230 463.900
TO"AL TRANSACCION: 463900

Es"e documento no es Factura de venta.

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de abril de 2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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.	1025332681	**Agustin García Hernández**	**HIJO**

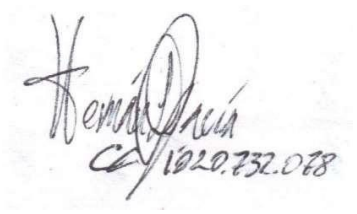
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Hernán Darío García González

C.C. 1020732078

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1025332681

Indicativo Serial 61844203

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 8 E

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 33 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GARCIA	HERNANDEZ

Nombre(s): AGUSTIN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes NOV Día 13	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	168188937

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: HERNANDEZ VARGAS CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 35253315	COLOMBIA

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: GARCIA GONZALEZ HERNAN DARIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1020732078	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GARCIA GONZALEZ HERNAN DARIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1020732078	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)	Firma

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2021 Mes NOV Día 19	MANUEL ANDRES SANABRIA CLAROS Nombre y firma

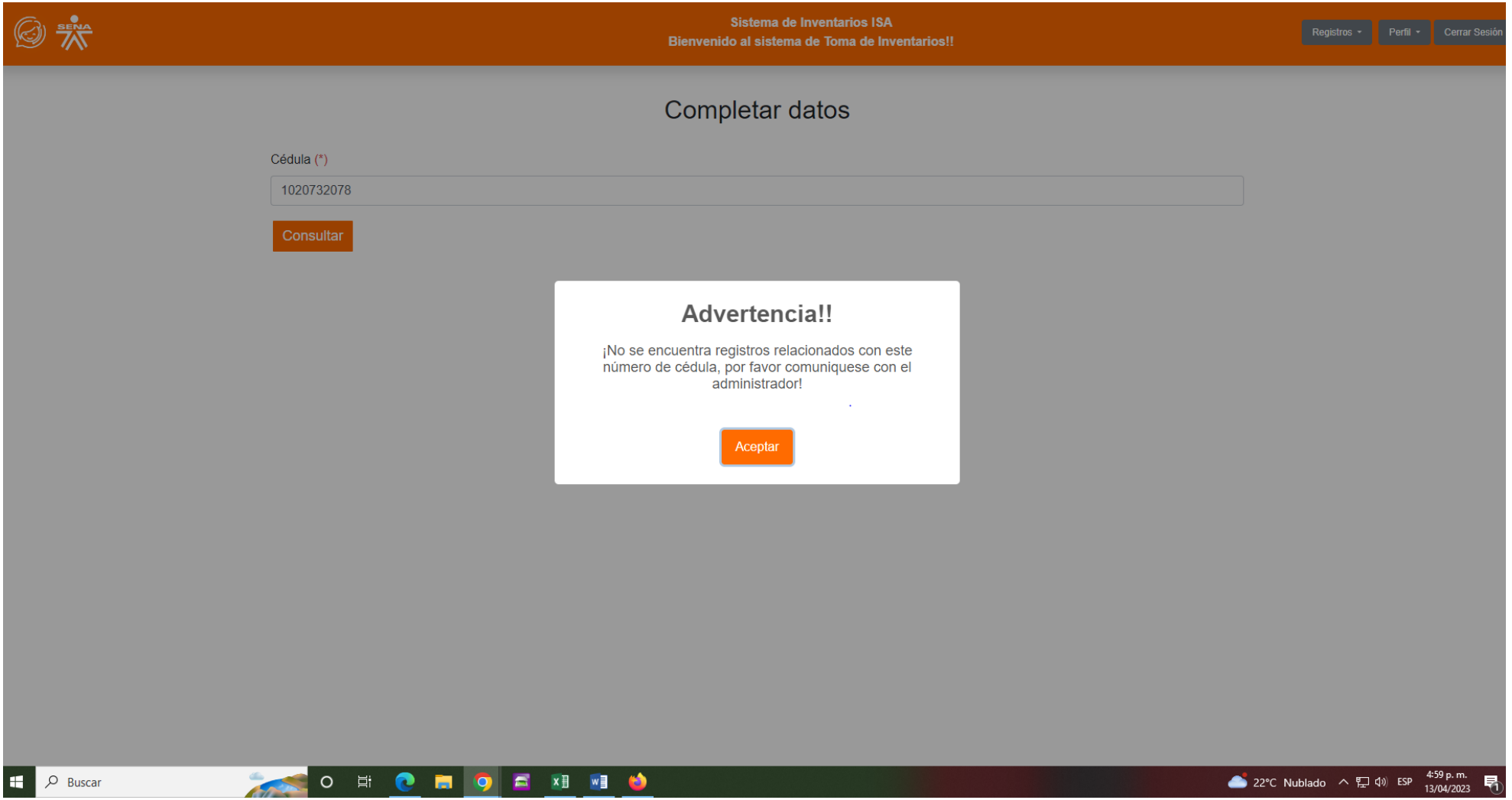
Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
X 1020732078 Firma	Notario Encargado Bogotá D.C. MANUEL ANDRES SANABRIA CLAROS Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:VARIOS 150 FOLIO 138:19/11/2021

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 61844203 *


Sistema de Inventarios ISA
Bienvenido al sistema de Toma de Inventarios!!
Registros
Perfil
Cerrar Sesión
Completar datos
Cédula (*)
1020732078
Consultar
Advertencia!!
¡No se encuentra registros relacionados con este número de cédula, por favor comuniquese con el administrador!
Aceptar
Buscar
22°C Nublado
ESP
4:59 p. m.
13/04/2023