



FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CUNDINAMARCA

SERVICIO NACIONAL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

Código Regional

25

Código Centro

951310

Fecha Elaboración

Abril de 2023

Versión

ENERO 2023 - 1,23

ID de Proceso

22596-474417

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:

FERNANDO ALONSO RODRIGUEZ OSORIO

Correo electrónico contratista:

farodriguez686@misena.edu.co

C.C.

80.432.686

IP/N° de contacto

169

Régimen del IVA:

NO RESPONSABLE

Pertenece al régimen simple de tributación?

NO

Es declarante de renta?

NO

Es Pensionado?

NO

Banco al cual consignar:

SCOTIABANK COLPATRIA

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

4372003762

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:

4531024/2023

N° Compromiso SIIF

4723

Valor Total del Contrato

\$ 20.484.150

N ° Pago

3

Periodo objeto de pago

Del 01/04/2023 Al 30/04/2023

Valor Bruto Pago

\$ 4.096.830,00

Saldo Anterior del Contrato

\$ 12.290.490

Legalización comisiones del periodo

\$ 0,00

Nuevo Saldo del Contrato

\$ 8.193.660

OBJETO CONTRACTUAL:

(Descripción del servicio prestado)

INSTRUCTOR: DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL: TITULADA, COMPLEMENTARIA Y SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA, EN LAS DIFERENTES MODALIDADES PROGRAMADAS EN LA RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, EN EL

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios

\$ 4.096.830

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

\$ 4.096.830

Menos, Retefuente Otros Ingresos

\$ 0

BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE

\$ 2.715.848

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

9449013264

Ingreso Base de Cotización - IBC

\$ 1.638.732

\$ 1.638.732

Aporte obligatorio a seguridad social salud

\$ 204.900

\$ 204.900

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión

\$ 262.200

\$ 262.200

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional

\$ -

\$ 0

ARL

\$ 8.600

\$ 8.600

Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias

\$ 8.835.833

\$ -

\$ 1.024.207

\$ -

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

\$ 905.283

Retención en la Fuente Contingente

\$ -

\$ -

Base retención en la fuente a titulo de RENTA

2.715.848,00

TARIFA

Base retención en la fuente a titulo de ICA

3.629.730,00

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

29.038,00

0,800%

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

\$4.067.792,00

SON: CUATRO MILLONES SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTI FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN LA FICHA 2616014 TECNOLGO EN GESTION DEL TALENTO HUMANO

IMPARTI FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN LA FICHA 2669127 TECNICO EN ASISTENCIA ADMINISTRATIVA

IMPARTI FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN LA FICHA 2669155 A Y B TECNICO EN RECURSOS HUMANOS

IMPARTI FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN LA FICHA 2669157 TECNICO EN RECURSOS HUMANOS

IMPARTI FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN LA FICHA 2502028 TECNICO EN GESTION ADMINISTRATIVA

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.

FERNANDO ALONSO RODRIGUEZ OSORIO
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,

GINA MILDRED SABOGAL MENDIETA
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

JAVIER RICARDO JIMENEZ RINCON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80432686		RODRIGUEZ OSORIO FERNANDO ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 6 #4 18 este CASA 7	CAJICA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-03	2023-03	2004361788		9449013264	I	2023/04/24	2023/04/03	SCOTIABANK COLPATRIA	\$475,700

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)					\$1,638,732	\$262,200			\$1,638,732	\$204,900			\$0	\$0			\$1,638,732	\$8,600		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,638,732	\$262,200			\$1,638,732	\$204,900			\$0	\$0			\$1,638,732	\$8,600		\$0	\$0	
Ciudad: CAJICA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,638,732	\$262,200			\$1,638,732	\$204,900			\$0	\$0			\$1,638,732	\$8,600		\$0	\$0	
1	CC	80432686	RODRIGUEZ FERNANDO	230301	30	\$1,638,732	\$262,200	EPS005	30	\$1,638,732	\$204,900		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,638,732	\$8,600	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,638,732	\$262,200			\$1,638,732	\$204,900			\$0	\$0			\$1,638,732	\$8,600		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80432686		RODRIGUEZ OSORIO FERNANDO ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 6 #4 18 este CASA 7	CAJICA-CUNDINAMARCA	5555555	No

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	2004361788	9449013264	I	2023/04/24	2023/04/03	SCOTIABANK COLPATRIA	0	\$475,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$262,200	\$0	\$0	\$262,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$262,200	\$0	\$0	\$262,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,600	\$0	\$0	\$8,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$8,600	\$0	\$0	\$8,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$204,900	\$0	\$0	\$204,900	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$204,900	\$0	\$0	\$204,900	
TOTAL				1	\$475,700	\$0	\$0	\$475,700	

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Chía, 15 de Abril 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	1070025009	ANGELICA VICTORIA RODRIGUEZ MONTERROZA	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 **FERNANDO ALONSO RODRIGUEZ OSORIO**

C.C. 80.432.686

GRF-F-063 V.01



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

58578620

NUIP	1.070.025.009
------	---------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	J	4	F
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

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

REGISTRADURIA DE CAJICA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - CAJICA.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RODRIGUEZ.....	MONTERROZA.....

Nombre(s)

ANGELICA VICTORIA.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes AGO Día 27	FEMENINO.....	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.....	15438055-7.....

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

MONTERROZA MORENO ANA ESTELA.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 64.696.431.....	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

RODRIGUEZ OSORIO FERNANDO ALONSO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80.432.686.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ OSORIO FERNANDO ALONSO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 80.432.686.....	

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 2019 Mes SEP Día 05	 EDUARDO GAFARO DUQUE - REGI

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

