

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Código Regional	11
			Código Centro	940510
			Fecha Elaboración	Junio de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	35318-422219

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		WILSON PEDRAZA MARIN wpedraza9@misena.edu.co		C.C.
Correo electrónico contratista:				IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		Pertenece al régimen simple de tributación?		Es declarante de renta?
Banco al cual consignar:		Inducción SST		Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		Presta Servicios Excluidos de IVA ?		
		Tipo de cta		N° Cuenta
		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)		

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	4484869/2023	N° Compromiso SIIF	6123	
Valor Total del Contrato	\$ 36.855.000	N ° Pago	6	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 19.792.500	Periodo objeto de pago	Del 01/06/2023 Al 30/06/2023	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 15.697.500	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:				
(Descripción del servicio prestado)				
INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS TÉCNICAS EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD PRESENCIAL DE LA RED DE CONOCIMIENTO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y S				

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 4.095.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.095.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.407.500	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
	Junio	Mayo	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.407.500,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	68384221		Base retención en la fuente a título de ICA	3.628.100,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.638.000	\$ 1.638.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 204.800	\$ 204.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 262.100	\$ 262.100	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 8.600	\$ 8.600	Reteica - 8299	35.047,00	0,966%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	
\$ 1.023.750				0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -			0,00	
\$ 13.430.466				0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
\$ 13.430.466			Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
\$ 4.241.200			Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 409.500	Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 802.500			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$4.059.953,00	

SON: CUATRO MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Obligación 1 Acompañar y asesorar en forma permanente e integral en el proceso de formación a los aprendices de las fichas de caracterización: 2503983,250399 y2397366 Obligación 4 Se desarrolla actividades de seguimiento y evaluación con las fichas: 2503983,2503991 y 2397366 Obligación 5 Realizar seguimiento y evaluación de la ficha de caracterización: 2503983, 2503991 y 2397366 Obligación 9 Realizar acciones necesarias para dar cumplimiento al reglamento del aprendiz: 2503983, 2503991 y 2397366	

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.	WILSON PEDRAZA MARIN 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, CLAUDIA PATRICIA RUIZ FONSECA INSTRUCTOR G16

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
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	7161879	WILSON PEDRAZA MARIN		calle 30 sur No. 68h-23	3057127469	wilson_p28@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	15/06/2023	68384221	\$1.033.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	445.000	0		0		0	0	0	0	445.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	569.600	0	0	0	0	0	0		569.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.600				18.600	0	0	18.600			186	18.600	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	445.000	445.000
Pensión	1	569.600	569.600
Riesgos Laborales	1	18.600	18.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.033.200	1.033.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	7161879	WILSON PEDRAZA MARIN		calle 30 sur No. 68h-23	3057127469	wilson_p28@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-05	2023-05	I	15/06/2023	68384221	\$1.033.200

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	7161879	PEDRAZA MARIN WILSON	59	0		N																	230301	3.560.000	569.600	0	0	0	0	0	EPS002	3.560.000	445.000	14-23	3.560.000	1	18.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de junio de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1.013.124.636	SERGIO ANDRES PEDRAZA REDONDO	HIJO
------	---------------	-------------------------------	------

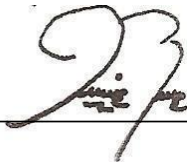
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Wilson Pedraza Marin

C.C. 7.161.879

Bogotá D.C, 30 /06/2023

Señores

Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)

Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano (para las Regionales)

Servicio Nacional

de Aprendizaje

SENA

Ciudad

Asunto: Solicitud deducible
retención en la fuente por
dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	Documento Identidad	Calidad del Dependiente
SERGIO ANDRES PEDRAZA ANDRES	1013124636	1. Hijos menores 18 años.

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



WILSON PEDRAZA MARIN
C.C 7.161.879

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento X

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.013.124.636

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 4 1971010

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	
	2	03				23H	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
NOTARIA 53 BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. *****							

Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
PEDRAZA *****				REDONDO *****			
Nombre(s)							
SERGIO ANDRES *****							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo Sanguíneo	
Año	2	0	0	Mes	E	N	E
				Día	0	1	
				MASCULINO *****		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)							
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C. *****							

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****	51560345-0 *****

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
REDONDO CASTAÑEDA ROSA MONICA *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.110.146 *****	COLOMBIA *****

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
PEDRAZA MARIN WILSON *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 7.161.879 *****	COLOMBIA *****

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
PEDRAZA MARIN WILSON *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 7.161.879 *****	

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 2 0 0 9 Mes E N E Día 0 6	GLORIA ALEYDA GOMEZ RAMIREZ (E)
	Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO