SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

Código Regional	11
Código Centro	930310
Fecha Elaboración	Agosto de 2023
Versión	ENERO 2023 - 1,23
ID de Proceso	81986-292740

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	VICTOR MANUEL ACELAS ZAMBRANO	**C.C.**	79.568.402	**IP/Nº de contacto**	3052834
Correo electrónico contratista:	vacelas@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: DAVIVIENDA **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** 005500205652

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: 4940924/2023 **Nº Compromiso SIIF** 68023

Valor Total del Contrato	$ 28.340.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.070.000	**4**	**Del 01/08/2023 Al 31/08/2023**		**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 14.170.000		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

CI-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN SEGÚN PROGRAMACIÓN ESTABLECIDA POR EL CENTRO, EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN PARA EL ÁREA DE VIRTUALIZACIÓN

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		2,33%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 106.863
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.900.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.800.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.591.575**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 106.863**

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

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**69447544**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.560.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 195.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 249.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 8.200	$ 8.200
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.950.000	$ -	
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	$ 249.600	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 195.500	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.200	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 780.000	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.530.525	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.591.575,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.455.400,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	106.863,00	2,33%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	33.379,00	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	**$3.759.758,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Reunion - Asistencia a reuniones seguimiento fase Analisis aprendices fichas 2773172 y 277324, Agosto 17.
Reunion - Asistencia a reuniones seguimiento fase Analisi aprendices fichas 2739344, Agosto 16
Alistamiento - Ficha 2773172 en cada uno de sus modulos para inicio de la fase de Planeacion a partir del primero de Septiembre
Reunion - Asistencia a reuniones Alistamiento fase planeacion aprendices fichas 2773172 y 2773241, Septiembre 1 el 24SEP23
Soporte - Aclaracion de dudas e inquietudes de las fichas 2739344, 2773172 y 2773241, durante las sesiones en línea, Chat semanales
Evaluacion y Retrioalimentacion - RAP32_GA2_AA2_EV01_ Diseño Matriz de ruta F-2739344
Evaluacion y Retrioalimentacion - RAP14_GA2_AA2_EV02_ Taller de INCOTERMS F-2739344
Evaluacion y Retrioalimentacion - RAP49_GA1_AA2_EV02_ Estudio de caso. F-2773172
Evaluacion y Retrioalimentacion - RAP49_GA1_AA2_EV01_ Elaboración de un mapa mental con el procedimiento para la habilitación de empre

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.

VICTOR MANUEL ACELAS ZAMBRANO
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,

LINA YIBI SANTAMARIA BURGOS
INSTRUCTOR G20

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
ELVIA ZORAIDA MARTIN MORA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	VICTOR MANUEL ACELAS ZAMBRANO	**NIT:**	79568402
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	julio 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	julio 2023
Número de Radicación:	69447544	**Total a pagar:**	$454,000
Fecha de vencimiento:	02/08/2023	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	04/08/2023	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	85602909
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-29	830008686	La Equidad Seguros de Vida	1		$0	$8,300
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$250,200
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	1		$0	$195,500
						$454,000

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 69447544, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de agosto 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.	**1021634442**	**Samuel Acelas Gonzalez**	Elija un elemento.

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: _VICTOR MANUEL ACELAS ZAMBRANO
C.C. _____79.568.402_____

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

NUIP 1021634442**

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35762801

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 43 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A6F

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

COLOMBIA***CUNDINAMARCA***BOGOTA D.C.**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ACELAS**********	GONZALEZ**********

Nombre(s)

SAMUEL**********

Fecha de nacimiento								Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	0	7	Mes	MAR	Día	0 3	MASCULINO*******	A*******	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
CERT. NAC. VIVO- FUND. STAFE DE BOGOTA*********	A-7915207*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ MEDINA LINA MARIA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52619171 ** de: USAQUEN**********	COLOMBIANA********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ACELAS ZAMBRANO VICTOR MANUEL**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79568402 ** de: BOGOTA**********	COLOMBIANA********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ACELAS ZAMBRANO VICTOR MANUEL**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 79568402 ** de: BOGOTA**********	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

MEDINA DE GONZALEZ MARIA TERESA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.: 41467611 ** de: BOGOTA**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ FORERO JORGE ALBERTO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.: 19087705 ** de: BOGOTA**********	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2007 Mes ABR Día 09	JUAN ENRIQUE MINO********
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE SE EXPIDE PARA DEMOSTRAR PARENTESCO A SOLICITUD DE LOS INTERESADOS
Según (Artículo 115. Decreto 1260 de 1.970).