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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA-BTA D C - SERVICIOS PRESTAD**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **920910** |
| **Fecha Elaboración** | **Setiembre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **76152-393880** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JUAN GABRIEL VARGAS ROBLES | **C.C.** | 80.169.667 | **IP/Nº de contacto** | 3114969040 |
| **Correo electrónico contratista:** | jgvargasr@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 ?** SI

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 0570472870030476

**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:** 4563419/2023 **Nº Compromiso SIIF** **1223**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 40.170.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 12.720.500 | **8** | **Del** | **01/09/2023** | **Al** | **30/09/2023** | **$ 4.017.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 8.703.500 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA FORMAR EN COMPETENCIAS TÉCNICAS A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN EL PROGRAMA Y MODALIDAD ASIGNADA GARANTIZANDO EL CUMPLIMIENTO DEL PROCESO EDUCATIVO DE LOS

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.017.000 | | 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** | **$ 4.017.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.669.250** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Setiembre | Agosto |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **1057510527** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.606.800 | $ 1.606.800 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 200.900 | $ 200.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 257.100 | $ 257.100 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL V | $ - | $ 0 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.004.250 | $ - | |
| 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 | $ 889.750 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.669.250,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.559.000,00 | |
| 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 | 34.380,00 | 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** | **$3.982.620,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FORMACION PROFESIONAL CON LAS FICHAS ASIGNADAS
rEUNIONES BILINGUISMO
DESARROLLO CURRICULAR CURSO ESPAÑOL COMO LENGUA EXTRANJERA

**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.

**JUAN GABRIEL VARGAS ROBLES**
**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,

**MARTHA LUCIA CARDOZO PAVAS**
**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**

**WILLIAM DARIO RIAÑO BARON**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

DAVIVIENDA

# Pago PSE

## Resultado de su transacción

**Código único CUS**
155067748

**Destino de pago**
SIMPLE OI

**Motivo**
Pago de Seguridad Social

**Fecha**
12/09/2023

**Número de aprobación**
00067748

**Dirección IP**
200.118.62.163

**Valor transacción**
$ 466.400,00

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| 10.0.19.58 | CC | 80169667 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2023-09-12, 06:01:33 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | agosto de 2023 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | agosto de 2023 |
| **Empresa** | JUAN GABRIEL VARGAS ROBLES |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 80169667 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1057510527 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 155067748 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 466.400 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800229739 | 230201 | PROTECCION | 1 | $ 257.100 | $ 0 |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR | 1 | $ 200.900 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG | 1 | $ 8.400 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 466.400 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 466.400 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Bogotá, 23 de febrero 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.** | **1031824533** | **PAOLA ANDREA VARGAS PACHON** | **HIJO** |
| **NUIP - NIP** | **1031839061** | **JUAN ANDRES VARGAS PACHON** | **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
JUAN GABRIEL VARGAS ROBLES
Nombre: ___JUAN GABRIEL VARGAS ROBLES

C.C. _____80169667_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

# COMPROBANTE DE INSCRIPCION RC

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

NOTARIA 59 BOG. D.C.

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**NUIP** 1031839061

Indicativo Serial 55412294

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 59 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 10 67

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

----------COLOMBIA ----- CUNDINAMARCA ---- BOGOTA D.C.---------

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: VARGAS---------- Segundo Apellido: PACHON----------

Nombre(s): JUAN ANDRÉS----------

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes NOV Día 18 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: A | Factor RH: POSITIVO

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

-------COLOMBIA ------- CUNDINAMARCA ------- BOGOTA D.C.----------

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO---------- | Número certificado de nacido vivo: --13119755-0-------

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: PACHON TORRES PAOLA ANDREA----------

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1013593489 DE BOGOTA DC---------- | Nacionalidad: COLOMBIANA-------

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: VARGAS ROBLES JUAN GABRIEL----------

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 80169667 DE BOGOTA DC---------- | Nacionalidad: COLOMBIANA-------

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: VARGAS ROBLES JUAN GABRIEL----------

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 80169667 DE BOGOTA DC---------- | Firma

**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**

Año 2014 Mes NOV Día 24

**Nombre y firma del funcionario que autoriza**

LUIS HERNANDO RAMIREZ MENDOZA

Nombre y firma

COMPROBANTE DE INSCRIPCION RC NOTARIA 59 BOG. D.C

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1031824533

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50463029

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

| Registraduria | Notaria | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | X | 59 | ☐ | ☐ | ☐ | 1067 |

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| VARGAS | PACHON |

Nombre(s)

PAOLA ANDREA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2011 Mes ENE Día 13 | FEMENINO | A | 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 DE NACIDO VIVO | 10533741 - 0 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

PACHON TORRES PAOLA ANDREA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 1.013.593.489 DE BOGOTA D.C. | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

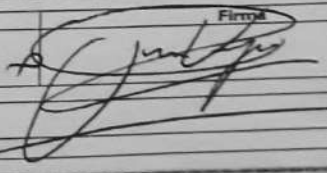
VARGAS ROBLES JUAN GABRIEL

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 80.169.667 DE BOGOTA D.C. | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

VARGAS ROBLES JUAN GABRIEL

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 80.169.667 DE BOGOTA D.C. |  |

**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 2011 Mes FEB Día 02 | OLGA MARIA VALERO MORENO<br>Nombre y firma |

RESENDA S.A. NIT. 860.321.151-2 100242251