SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO METALMECANICO-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**11**
Código Centro	**921410**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**94577-931929**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	BRAYAN IGNACIO CARDOZO MIRANDA	**C.C.**	1.022.948.611	**IP/Nº de contacto**	14941
Correo electrónico contratista:	bicardozom@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: **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

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

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: 4563270/2023 **Nº Compromiso SIIF** **2023**

Valor Total del Contrato	$ 42.333.910	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.242.075	**9**	**Del**	**01/10/2023**	**Al**	**31/10/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.145.245		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CONTRATACION DE INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS DIFEREN

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	**$ 2.299.835**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9456481542**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.299.835,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.732	$ 1.638.732	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.629.730,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.900	$ 204.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.200	$ 262.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL III	$ 40.000	$ 40.000	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.024.207	$ -		Reteica - 8299	35.063,00	0,966%
			-	0,00	
			-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -				
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 409.683		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta $ 678.592	$ 113.600		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 766.612				
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$4.061.767,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Seguimiento a etapa practica
Formación Complementaria Virtual Curso Autocad 2D y 3D
2841341 - AUTOCAD 2D
2841342 - AUTOCAD 3D
2841353 - AUTOCAD 3D

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.

BRAYAN IGNACIO CARDOZO MIRANDA
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,

JOAQUIN RUIZ DIAZ
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

ALICIA LARA AHUMADA

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 1022948611		CARDOZO MIRANDA BRAYAN IGNACIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 29c no 7b 14 este	SOACHA-CUNDINAMARCA	5220892	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	1000000388	9456481542	I	2023/10/04	2023/10/12	BANCO DE BOGOTA	8	$511,400

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)					$1,638,700	$262,200			$1,638,700	$204,900			$0	$0			$1,638,700	$40,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,638,700	$262,200			$1,638,700	$204,900			$0	$0			$1,638,700	$40,000		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,638,700	$262,200			$1,638,700	$204,900			$0	$0			$1,638,700	$40,000		$0	$0
1	CC 1022948611	CARDOZO BRAYAN	231001	30	$1,638,700	$262,200	EPS017	30	$1,638,700	$204,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,638,700	$40,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,638,700	$262,200			$1,638,700	$204,900			$0	$0			$1,638,700	$40,000		$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 1022948611		CARDOZO MIRANDA BRAYAN IGNACIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 29c no 7b 14 este	SOACHA-CUNDINAMARCA	5220892	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	1000000388	9456481542	I	2023/10/04	2023/10/12	BANCO DE BOGOTA	8	$511,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$262,200	$2,200	$0	$264,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$262,200	$2,200	$0	$264,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,000	$400	$0	$40,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$40,000	$400	$0	$40,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$204,900	$1,700	$0	$206,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$204,900	$1,700	$0	$206,600
TOTAL				1	$507,100	$4,300	$0	$511,400

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 14 de octubre 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:

NUIP - NIP	**1074535137**	**SAMARA CARDOZO ESPINOSA**	**HIJO**

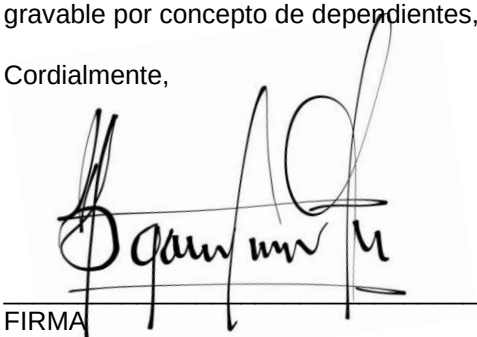
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Brayan Ignacio Cardozo Miranda
C.C 1022948611

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1074535137

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59862159

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** K 1 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - SOACHA NOTARIA 1 SOACHA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CARDOZO	ESPINOSA

Nombre(s): SAMARA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes SEP Día 20	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	15558349-6

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: ESPINOSA ANAYA SANDRA CECILIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1033700432	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: CARDOZO MIRANDA BRAYAN IGNACIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1022948611	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CARDOZO MIRANDA BRAYAN IGNACIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1022948611	

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 30	MARTHA CECILIA AVILA VARGAS Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned with CamScanner