

 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 ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA- BTÁ D.C.		Código Regional	11	
			Código Centro	921010	
			Fecha Elaboración	Octubre de 2023	
			Versión	ENERO 2023 - 1,23	
		ID de Proceso	79330-373555		
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		JOSE LUIS SANDOVAL NIÑO		C.C.	74.376.648
Correo electrónico contratista:		jlsandoval84@misena.edu.co		IP/N° de contacto	3174296020
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:		SI		Tipo de cta	AHORROS
				N° Cuenta	0570476070007168
		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:		5408995/2023		N° Compromiso SIIF	91223
Valor Total del Contrato		\$ 7.200.000		Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 6.000.000		Del 01/10/2023 Al 31/10/2023	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 2.000.000		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, COMO INSTRUCTOR(A) PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL; Y OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE L			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 4.000.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	
				Retencion en la Fuente del Periodo	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 1.200.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 5.200.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.911.500		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		Octubre		Setiembre	
		837144435			
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.600.000		\$ 1.160.000	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 200.000		\$ 145.000	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 256.000		\$ 185.600	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL IV		\$ -		\$ 0	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833		\$ -			
\$ 1.300.000					
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		\$ 192.000			
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 150.000			
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 6.300			
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ 520.000			
Salud hasta \$ 678.592		\$ -			
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 970.500			
Retención en la Fuente Contingente		\$ -			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA	
				Valor base IVA	
				IVA (Si es RESPONSABLE)	
				Menos Retención en la Fuente	
				Menos Retencion IVA	
				Reteica - 8299	
				Otras Retenciones	
				Otras Retenciones	
				Otras Retenciones	
				Otras Retenciones	
				Descuentos de Libranza	
				Descuentos de embargo (Si tiene)	
				VALOR A PAGAR	
				\$3.965.765,00	
SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
ficha no 2743183 CODIGO(821222) ficha no 2499865 CODIGO(821222) ELECTRICIDAD INDUSTRIAL VERSION 4 en la competencia CIRCUITOS ELECTRICOS Y TICS se realizaron las siguientes actividades presentacion programa unidades de medida inducción voltaje y corriente potencia y energia circuitos serie circuitos paralelo					
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.					
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,					
EDGAR HINCAPIE OLAYA INSTRUCTOR					
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 PEDRO RODRIGUEZ SANDOVAL SUBDIRECTOR DE CENTRO G02					

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	74376648	JOSE LUIS SANDOVAL NIÑO		CARRERA 7B No. 13-00 T12 APTO 546	3172345713	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
8371444435	05/10/2023				EMPLADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-09	2023-09	N	11/10/2023	71623172	TOTAL A PAGAR \$6.300

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					

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

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	6.300				6.300	0	0	6.300			63	6.300	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	6.300	6.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	6.300	6.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	74376648	JOSE LUIS SANDOVAL NIÑO		CARRERA 7B No. 13-00 T12 APTO 546	3172345713	josesandoval81@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
8371444435	05/10/2023				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-09	2023-09	N	11/10/2023	71623172	\$6.300

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	APP	VCT	RL	CORRECCIÓN	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	74376648	SANDOVAL NIÑO JOSE LUIS	59	0		N																	231001	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS017	1.200.000	150.000	14-23	1.200.000	1	6.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de OCTUBRE de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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, tienen la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1058354286	MARIANA SANDOVAL MORENO	HIJO
------	------------	-------------------------	------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informé 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: JOSE LUIS SANDOVAL NIÑO

C.C. 74376648

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.058.354.286**

SANDOVAL MORENO

APELLIDOS

MARIANA

NOMBRES

Mariana Sandoval

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-MAY-2008**

SOGAMOSO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

08-MAY-2026

FECHA DE VENCIMIENTO

04-NOV-2016 MOSQUERA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O- F

G S RH SEXO

[Signature]

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1516900-00871067-F-1058354286-20161213 0052596627A 1 1884174257