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 ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**20 de Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**29002-166479**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / **Correo electrónico contratista:**	RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ PINILLA rfhernandez@sena.edu.co	**C.C.**	80.876.322	**IP/Nº de contacto**	0000
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?** NO	**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**	CORRIENTE	**Nº Cuenta**	002160025314
		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:	4523254/2023			**Nº Compromiso SIIF**	**27323**		
Valor Total del Contrato	$ 42.841.806	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.609.726	**9**	**Del**	**01/10/2023**	**Al**	**31/10/2023**	**$ 4.029.010,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.580.716		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación definida por el Centro de Gestión Administrativa para ejecutar acciones de formación presencial en su sede principal y colegios del Programa de Articulación con la Media, en la red de conocimiento Gestión Administrativa y Financiera, áreas temáticas: Gestión

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.029.010		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	**$ 4.029.010**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.368.657**		**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	----------	**71687158**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.368.657,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.611.604	$ 1.611.604	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.569.610,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 201.500	$ 201.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.900	$ 257.900	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 I	$ 8.500	$ 8.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.007.252	$ -		Reteica - 8299	34.482,00	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	$ 402.901		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta $ 678.592	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 789.552				
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$3.994.528,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atender la formación presencial de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación, en las fases o Competencias
Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y/o productivos en las respectivas etapas de formación.
Garantizar la actualización de los contenidos y tecnologías, de las fases o Competencias en las cuales se desarrolla la formación de l
Así mismo, de acuerdo con el área de desempeño para la cual fue seleccionado deberá orientar la formación, para desarrollar en los apr
Aplicar durante el periodo de duración del contrato, al proceso de certificación de competencias según normas de competencias que apli
Cumplimiento oportuno con las entregas de los distintos formatos y documentos requeridos en el proceso administrativo; así como el car
Cumplimiento del manual, estándares y lineamientos vigentes para la orientación de procesos de formación a través de ambientes virtua
Participar en las actividades de seguridad y salud en el trabajo programadas por el Centro y acoger las recomendaciones establecidas
Orientar, apoyar, acompañar y asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación, incluyendo la formu

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.

RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ PINILLA
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,

MAGALY LEÓN LLANOS
INSTRUCTOR G14

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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80876322	RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ PINILLA	Calle 13 sur 14 -61 este torre8 apto1101	3453345	alexanderhernandez1985@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2023-09	2023-09	I	23/10/2023	71687158	$476.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	201.500	0		0		0	17	3.600	0	205.100	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	257.900	0	0	0	0	17	4.600	0	262.500	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	8.500				8.500	17	200	8.700			85	8.700	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	1	201.500	205.100
Pensión	1	257.900	262.500
Riesgos Laborales	1	8.500	8.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	467.900	476.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80876322	RAFAEL ALEXANDER HERNANDEZ PINILLA		Calle 13 sur 14 -61 este torre8 apto1101	3453345	alexanderhernandez1985@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2023-09	2023-09	I	23/10/2023	71687158	$476.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	80876322	HERNANDEZ PINILLA RAFAEL ALEXANDER	59	0			N																	230201	1.611.650	257.900	0	0	0	0	EPS008	1.611.650	201.500	14-23	1.611.650	1	8.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 20 de octubre de 2013

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.	**1010186921**	**JUANA CAROLINA HERNANDEZ SANCHEZ**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1014999944**	**CAMILA HELENA HERNANDEZ SANCHEZ**	**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: Rafael Alexander Hernández Pinilla
C.C. 80876322

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1014777944

Indicativo Serial 59796315

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 43 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 4 3 3

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido: HERNANDEZ

Segundo Apellido: SANCHEZ

Nombre(s): DANIELA HELENA

Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 4 Mes A G O Día 2 0

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: B

Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 19439687-3

Datos de la madre o padre (Para casos de padres indígenas con tres nombres, o parejas del mismo sexo, anexar el soporte que indique los documentos para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ HERNANDEZ DIANA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número): CC 52732718 de BOGOTA D.C

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre o padre (Para casos de padres indígenas con tres nombres, o parejas del mismo sexo, anexar el soporte que indique los documentos para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ PINILLA RAFAEL ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número): CC 80876322 de BOGOTA D.C

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ PINILLA RAFAEL ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número): CC 80876322 de BOGOTA D.C

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 2 0 1 4 Mes A G O Día 2 1

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace la inscripción: FERNANDO HERNANDEZ OLAYA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS FOLIO REPUBLICA DE COLOMBIA

El Notario Catorce

21 OCT 2014

Notaría

DESPACHO PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.010.186.921**

HERNANDEZ SANCHEZ

APELLIDOS

JUANA CAROLINA

NOMBRES



Juana Carolina

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-NOV-2007**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

09-NOV-2025

FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G S RH

F
SEXO

24-NOV-2014 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00668232-F-1010186921-20150216 **00429**29303A 2 1293164849

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1010186921

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42136628

560785

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [3] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 1 B

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

REGISTRADURIA DE LA CANDELARIA BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOT

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ	SANCHEZ

Nombre(s)

JUANA CAROLINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes 09 Día 09	FEMENINO	A	+

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	A8293714

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ HERNANDEZ DIANA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0052732718	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ PINILLA RAFAEL ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0080876322	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ PINILLA RAFAEL ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0080876322	

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 2007 Mes 10 Día 07

Nombre y firma del funcionario que autoriza

GLORIA ELENA RIASCOS MORA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

E.P. LIBRO DE VARIOS TOMO 22 FOLIO 237

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL
Art. 115 Dto 1260/70 y Art 1 Dto 278/72
PARA ACREDITAR PARENTESCO
Expedida en Bogotá DC. A los 05 NOV. 2014

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

JOSE LEBER PERDOMO OSUNA
Registrador Auxiliar de La Candelaria L.17