FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/OCódigo Regional11
PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALESCódigo Centro920910
REGIONAL DISTRITO CAPITALFecha ElaboraciónOctubre de 2023
SERVICIO NACIONALCENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTA D.C.VersiónENERO 2023 - 1,23
DE APRENDIZAJEID de Proceso58875-236183

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ
Correo electrónico contratista:jfperezr@sena.edu.coC.C.79.759.982IP/N° de contacto15765
Régimen del IVA:NO RESPONSABLEPertenece al régimen simple de tributación?:NOEs declarante de renta?:SIEs Pensionado?:NO
Banco al cual consignar:BANCOLOMBIAInducción SSTSI.Presta Servicios Excluidos de IVA ?:SI
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales oNOTipo de cta:AHORROSN° Cuenta:2077595289 5
superiores a $53'206.000: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° Compromiso SIIF3223
N° del contrato: 4564103/20
N° Pago:8 Periodo objeto de pago:Del 01/10/2023 al 31/10/2023 Valor Bruto Pago: $ 4.017.000,00
Valor Total de la Adición: $
Saldo Anterior del Contrato: 40.170.000
Nuevo Saldo del Contrato: $ 9.105.200
$ 5.088.200
Legalización comisiones del periodo: $ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado): EL CONTRATISTA SE COMPROMETE PARA CON EL CONTRATANTE A EJECUTAR POR SU CUENTA, CON AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA, EL SIGUIENTE OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÃ³NOMA E INDEPENDIENTE PAR

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	$ 2.367.975	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

Octubre Setiembre		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	71507059	
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	$	401.700
Dependientes hasta	$1.357.184	-
Salud hasta	$678.592	789.325
Renta Exenta 25%	$2.792.123	-
Retención en la Fuente Contingentes		VALOR A PAGAR

		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.367.975,00	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.559.000,00	
Valor base IVA		
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,966%
-	34.380,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000
Otras Retenciones	0,00	%
Otras Retenciones	0,00	0,000
Otras Retenciones	0,00	%
	0,00	0,000
Descuentos de Libranza	0,00	%
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	0,000
	0,00	%
	$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

Impartir formación profesional integral en las fichas: 2697446 TGPPM.
Impartir formación profesional integral en las fichas: 2704740, 2710510 Y 2755332 TÉCNICO EN CARPINTERÍA. Impartir formación profesional integral en las fichas: 2710520, 2710533 y 2774957 LIVIANAS.
Impartir formación profesional integral en las fichas: 2804289 y 2804304 REVIT BÁSICO.

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.

JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ
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.

Autorizoel presente pago.
El Supervisor,

EDGAR ELIAS PARRA RUBIO
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

compensar | miplanilla.com

LANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE DIRECCIÓNTELÉFONO			CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79759982	DIAGONAL 83 No. 73 JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ 3213841399			kiko.fredy@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I– Independiente			CUNDINAMARCA	MADRID	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)				CANTIDAD	
		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	11/10/2023	71507059	$466.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	200.900	0		0		0	0	0	0	200.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Valor Mora FSP	Valor Mora	Días Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	257.100	0	0	0	0	0	0		257.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Días Cotización	Valor Mora Mora	Subtotal Cotización	No. Radicado Cotización	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad		Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.400				8.400	0	0	8.400			84	8.400	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	200.900	200.900
Pensión	1	257.100	257.100
Riesgos Laborales	1	8.400	8.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	466.400	466.400

PAGADA

Este documento está clasi cado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE DIRECCIÓNTELÉFONO			CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79759982	JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ DIAGONAL 83 No. 73 73 3213841399			kiko.fredy@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I– Independiente			CUNDINAMARCA	MADRID	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	ECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	PLANILLA (DIA/MES/AÑO)	TIPOFECHA PAGO	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	11/10/2023	71507059	$466.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES					
No. de	Tipo	Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN		Fondo Cód. AFP o Afiliado	Cód Voluntario Subsistencia solidaridad	Voluntario Aportante	pensional de Valor UPC	Cotización	Cód. ARL			IBC AFP	etización	ensional	de Cód.	EPS	IBC EPS	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	IBC CCF	C C F	C F	Para fiscales	ódigo	Aporte SENA	IBC otros	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79759982	PEREZ RODRIGUEZ JOHN FREDY	9	0			N																		230201	1.606.800	257.100	0	0	0	0		EPS005	1.606.800	200.900	14-23	1.606.800	1		8.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasi cado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZ, identificada con CC número 79759982, aportó por el empleado JOHN FREDY PEREZ RODRIGUEZidentificado(a) con CC número 79759982 quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 09 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	INGAGP	RTE	TTE	TDE	TVP	VAP	VDP	SPT	IDT	LAN	VAC	ASE	AAC	VSP	IT	LR	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA COTIZACIÓN	FSP APORTE	FSP SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	PERIODO PLANILLA	NÚMERO DE PAGO	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59																0		30	$1,606,800	0.00522	$8,400	$0	$0	Septiembre - 2023	71507059	11/10/2023	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	59																0		30	$1,606,800	0.16000	$257,100	$0	$0	Septiembre - 2023	71507059	11/10/2023	NO
EPS005	Sanitas EPS	59																0		30	$1,606,800	0.12500	$200,900	$0	$0	Septiembre - 2023	71507059	11/10/2023	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los 12 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

12:53 PM | 5.9kB/s

Comprobante de tu pago

08 oct. 2023 - 12:53 p. m.

Descripción	Pago tarjeta Nu
Valor	$ 96.444,33
Banco	NEQUI
Estado	Aprobado
Medio de pago	PSE
CUS	207998046
Referencia de pago	be6c6bf5fa9e

⚠ Reportar un problema

Nu Colombia S.A.
NIT: 901.284.129-8

CERTIFICACION DEPENDIENTESPARACONTRATISTAS

Bogotá,12 de octubre de2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto:Informacióndedependientesparaefectosdehacerusodelbeneficio tributariode deducible dela base gravablede retención en lafuente.

Bajolagravedaddeljuramento,enmicalidadde contratistadeprestacióndeserviciospersonales yencumplimientodeloprevistoporelparágrafosegundodelartículo387del EstatutoTributarioy elartículo1.2.4.1.18.delDecreto1625de2016,informoquelaspersonasrelacionadasa continuación,tiene(n) la calidad de dependientea micargo:

T.I.	102872406	DAVID SANTIAGOPÉREZ ROJAS	HIJ
T.I.	8	JUAN PABLO PÉREZROJAS	O
	1016605387		HIJ

Toda vezquecumpleconel siguiente requisito: O

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, paraefectodelbeneficiodededucibledelabasegravable sujetaaretenciónenlafuentedel10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la norma vidad arribacitada.

Igualmente con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto dedependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



_____
FIRMA

Nombre:JOHN FREDY PÉREZRODRÍGUEZ

C.C. 79759982

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.028.724.068**
PEREZ ROJAS

APELLIDOS
DAVID SANTIAGO

NOMBRES
David Santiago

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-OCT-2013**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

07-OCT-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G S RH
M SEXO

17-AGO-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01251501-M-1028724068-20210824 **00753**99628A 1 8502669088

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.016.605.387**

PEREZ ROJAS

APELLIDOS

JUAN PABLO

NOMBRES

JUAN PABLO

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-DIC-2015**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

26-DIC-2033

FECHA DE VENCIMIENTO

16-ENE-2023 MADRID

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ G S RH

M SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1516000-01339244-M-1016605387-20230124 **00959**12154A 1 8506912638

INTEGRIDAD PÚBLICA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

John Fredy Pérez Rodríguez

C.C. 79.758.982

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 23 de octubre 2023

Francisco Camargo Salas

Director de Empleo Público

Código: 761145634000