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	**Noviembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**09718-012364**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	VICTOR JULIO GUTIERREZ CARRILLO	**C.C.**	82.392.207	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	vjgutierrez7@misena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA **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** 396189730

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: 4564045/2023 **Nº Compromiso SIIF** **3523**

Valor Total del Contrato	$ 42.333.910	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.145.245	**10**	**Del**	**01/11/2023**	**Al**	**30/11/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.048.415		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	**$ 2.385.035**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1058147144**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.732	$ 1.638.732
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.900	$ 204.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.200	$ 262.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 40.000	$ 40.000
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.024.207	$ -	
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	$ 409.683	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 795.012	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

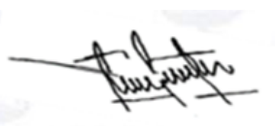
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.385.035,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.629.730,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	35.063,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
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)	478.933,00	
VALOR A PAGAR	**$3.582.834,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir Formación Transversal de Cultura Física en Programas Tecnológicos y Técnicos del Área de Mantenimiento del Cmm.
GENERAR HÁBITOS SALUDABLES DE VIDA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS CONTEXTOS PRODUCTIVOS Y SOCIALES.
Resultados de Aprendizaje: IMPLEMENTAR UN PLAN DE ERGONOMÍA Y PAUSAS ACTIVAS SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIÓN PRODUCTIVA.
EJECUTAR ACTIVIDADES DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO ORIENTADAS HACIA EL MEJORAMIENTO DE LA CONDICIÓN FÍSICA EN LOS CONTEXTOS PRODUCTIVO
DESARROLLAR HABILIDADES PSICOMOTRICES EN EL CONTEXTO PRODUCTIVO Y SOCIAL.
PRACTICAR HÁBITOS SALUDABLES MEDIANTE LA APLICACIÓN DE FUNDAMENTOS DE NUTRICIÓN E HIGIENE.
Numero de fichas Atendidas durante el mes Objeto: 2827373–2827402-2694489-2827452-2771538-2827401–2772968-2713612–2800904-2800886
Total Horas del Mes: 160 Horas

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.



VICTOR JULIO GUTIERREZ CARRILLO
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

PEDRO RODRIGUEZ SANDOVAL

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-11-14, 03:21:57 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1058147144

Periodo Cotización: octubre de 2023 **Periodo Servicio:** octubre de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8854320780

PAGADO 14/11/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VICTOR JULIO GUTIERREZ CARRILLO		
Documento	CC82392207	**Dirección**	TV 85 #0 - 0 BLOQUE 10 607
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3124888280
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	FUSAGASUGA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 82392207	VICTOR JULIO GUTIERREZ CARRILLO	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.639.000	$ 262.300	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.639.000	$ 204.900	2,436	$ 1.639.000	$ 40.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 507.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.639.000	$ 1.639.000	$ 1.639.000	$ 0	$ 262.300	$ 204.900	$ 40.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 507.200	$ 6.200	$ 513.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, Noviembre 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:

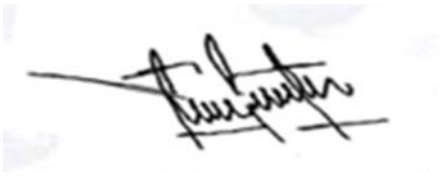
T.I.	**1070465101**	**Hugo Daniel Gutierrez Morales**	**HIJO**
T.I.	**1171214997**	**Dhanna Sofia Gutierrez Morales**	**HIJA**
R.C	**1069773280**	**Ana Victoria Gutierrez Morales**	**HIJA**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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: Victor Julio Gutierrez Carrillo

C.C. 82.392.207 de Fusagasuga

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.070.465.101

GUTIERREZ MORALES

APELLIDOS

HUGO DANIEL

NOMBRES

Hugo gutierrez.

FIRMA



Scanned by CamScanner



INDICE DERECHO

09-DIC-2006

FECHA DE NACIMIENTO

FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

09-DIC-2024

FECHA DE VENCIMIENTO

27-ENE-2014 FUSAGASUGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

O+ G S RH

M SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1509400-00607895-M-1070465101-20140813 **00394**63601A 3 42290661

Scanned by CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.171.214.997

GUTIERREZ MORALES

APELLIDOS

DHANNA SOFIA

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO
30-NOV-2014
FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
30-NOV-2032
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
F
SEXO
10-DIC-2021 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
P-1509400-01274075-F-1171214997-20211227
0077578595A 1
8503594043

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.069.773.280

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58598044

58598044

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 3 L

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

REGISTRADURIA DE FUSAGASUGA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - FUSAGASUGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUTIERREZ	MORALES

Nombre(s)

ANA VICTORIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes AGO Día 31	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15793270-1

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

MORALES MELO LILIANA CATERINE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.069.718.491	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

GUTIERREZ CARRILLO VICTOR JULIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 82.392.207	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUTIERREZ CARRILLO VICTOR JULIO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 82.392.207	

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 2020 Mes SEP Día 04	CARLOS EDUARDO BUITRAGO CASAS - R Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OFIXPRES 100238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL.
SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970.

11 ABR. 2022

CARLOS EDUARDO BUITRAGO CASAS
REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL
FUSAGASUGA, Cundinamarca.

Adhesivo Copia Registro Civil
31567578-0
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL