SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**940610**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**47355-965838**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	OSCAR MANUEL GOMEZ MORILLO	**C.C.**	79.155.654	**IP/Nº de contacto**	85321
Correo electrónico contratista:	osmagomo@gmail.com				

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 ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 0550007000395009

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: 5196956/2023 **Nº Compromiso SIIF** **54623**

Valor Total del Contrato	$ 18.488.400	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.083.200	**6**	**Del**	**01/12/2023**	**Al**	**16/12/2023**	**$ 2.083.200,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

11_9406_514_Contratar la prestación de servicios personales para impartir formación profesional integral de carácter temporal en periodos fijos de instructor de forma titulada y/o complementaria presencial y virtual para desarrollar actividades encaminadas al proceso de enseñanza, aprendizaje y evaluación basados en competencias laborales por proyectos en los diferentes niveles de

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.083.200		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	**$ 2.083.200**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.149.060**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9459513766**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.562.400
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 195.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 250.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.200	$ 16.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 520.800	$ -	
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	$ 208.320	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 383.020	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

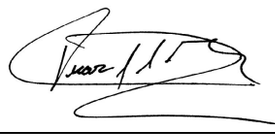
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.149.060,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.752.600,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	16.930,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
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)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.066.270,00**	

SON: DOS MILLONES SESENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ENCUENTRO CON EL GRUPO DE INSTRUCTORES DEL TECNÓLOGO EN GUINAZA TURÍSTICA LOS DÍAS 7, 9, 14, 21, 23, 28 y 30 DE NOVIEMBRE Y 5, 7 Y 12 DE DICIEMBRE.
ENCUENTRO PRESENCIAL CON APRENDICES LOS DÍAS 18, 19, DE NOVIEMBRE, 2 Y 3 DE DICIEMBRE.
SESIONES SINCRÓNICAS CON APRENDICES LOS DÍAS 16, 17, 23, 27, 29 DE NOVIEMBRE Y 1 DE DICIEMBRE.
ORIENTAR PROGRAMA DE FORMACIÓN TECNÓLOGO EN GUIANZA TURÍSTICA MODALIDAD A DISTANCIA A LAS FICHAS 2693471 Y 2693477.
EVALUAR RECORRIDO FINAL "BEE TRAIL" EL 10 DE DICIEMBRE.
PLANILLA APORTES EN LÍNEA PAGADA 9459513766 MES NOVIEMBRE 2923.

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.



OSCAR MANUEL GOMEZ MORILLO
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,

CAROLINA HERNANDEZ VARGAS
INSTRUCTOR G16

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

SONIA YAMILE ACUNA LESMES

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79155654		GOMEZ MORILLO OSCAR MANUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA13AN3889	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2859679	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	318162989	9459513766	I	2023/12/14	2023/12/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$461,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,562,400	$250,000			$1,562,400	$195,300			$0	$0			$1,562,400		$16,400		$0	$0		$461,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,562,400	$250,000			$1,562,400	$195,300			$0	$0			$1,562,400		$16,400		$0	$0		$461,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,562,400	$250,000			$1,562,400	$195,300			$0	$0			$1,562,400		$16,400		$0	$0		$461,700
1	CC	79155654	GOMEZ OSCAR	25-14	30	$1,562,400	$250,000	EPS005	30	$1,562,400	$195,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,562,400	1.044%	$16,400	0	$0	$0	No	$461,700
Total	**Afiliados(1)**					$1,562,400	$250,000			$1,562,400	$195,300			$0	$0			$1,562,400		$16,400		$0	$0		$461,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79155654		GOMEZ MORILLO OSCAR MANUEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA13AN3889	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2859679	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	318162989	9459513766	I	2023/12/14	2023/12/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$461,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$250,000	$0	$0	$250,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,400	$0	$0	$16,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,400	$0	$0	$16,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,300	$0	$0	$195,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$195,300	$0	$0	$195,300
TOTAL				1	$461,700	$0	$0	$461,700

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
318162989

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9459513766

Fecha
05/12/2023

Número de aprobación
00162989

Dirección IP
186.28.201.34

Valor transacción
$ 461.700,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.28.201.34	CC	79155654

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 de diciembre 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:

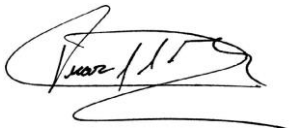
T.I.	**1011094283**	**FEDERICO GÓMEZ CHACÓN**	**HIJO**

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: OSCAR MANUEL GÓMEZ MORILLO
C.C. 79155654

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1011094283

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40178868

40178868

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 83 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A1F

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C. - BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GOMEZ	CHACON

Nombre(s): FEDERICO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes MAY Día 31	MASCULINO	A	+

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C. - BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLI. PALERMO	A. 7275767

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CHACON TOVAR FABIOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 51780253	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GOMEZ MORILLO OSCAR MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79155654	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GOMEZ MORILLO OSCAR MANUEL

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 79155654

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2006 Mes JUN Día 05	Nombre y firma

AUTENTICACIÓN DE FOTOCOPIA AUTENTICADA
COMO NOTARIO SE HACE CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA CORRESPONDE
HACE CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA CORRESPONDE AL TEXTO QUE TUVO A LA VISTA
13 JUN 2006
Eduardo Durán Gómez
NOTARIO 38 DE BOGOTÁ, D.C.

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
ZONA NOTARIA
Eduardo Durán Gómez
NOTARIO

ESPACIO PARA NOTAS

ELABORO SANDRA AVILA
C.V. 154 FOLIO 75

ENMENDADO " MORILLO" SI VALE

ESTE REGISTRO TIENE VIGENCIA PERMANENTE
ART. 2 - DECRETO 2.189 DE 1983

Eduardo Durán Gómez
NOTARIO 38 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.

REPUBLICA DE COLOMBIA
Eduardo Durán Gómez
NOTARIO
NOTARIA 38 DE BOGOTA D.C.

13 JUN 2006

C.FGER S.A. NIT. 890.321.151-0

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

SENA	Versión: 05 Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: OSCAR MANUEL GÓMEZ MORILLO							**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	Bogotá, D.C.	**FECHA**	dic-23	**REGIONAL**	Distrito Capital		**79'155.654 de Bogotá D.C.**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			Centro Nacional de Hoteleria, Turismo y Alimentos				
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:			CO1.PCCNTR.5196956 del 06 de julio de 2023				

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	X	**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.**	
BIBLIOTECA	X	**MILENA GONZALEZ**	Milena Gonzalez Mora
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	**CAROLINA HERNÁNDEZ VARGAS**	CAROLINA HERNANDEZ VARGAS
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	**CAROLINA HERNÁNDEZ VARGAS**	CAROLINA HERNANDEZ VARGAS
GESTION DE TIC	X	**MARIA DEL ROSARIO AMORTEGUI**	
ADMINISTRACION DE DOCUMENTOS	X	**MARIA CAMILA MENDOZA CAMARGO**	
OFICCE	X	**SANDRA MARIA MENDEZ LASSO**	SENA OFFICE
CONTABILIDAD	X	**DERLY ANGELICA ALVARADO**	05-12-23

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS :

Firma del Contratista

SENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01 Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) OSCAR MANUEL GOMEZ MORILLO identificado(a) con CC. 79155654 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 5 de Diciembre de 2023 a las 10:38:04

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

05-12-23