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	**Marzo de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**61636-758162**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ	**C.C.**	3.166.549	**IP/Nº de contacto**	3043599456
Correo electrónico contratista:	abenavidez03@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 CAJA SOCIAL **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** 24036188974

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:	5778538/2024		**Nº Compromiso SIIF**	**7224**	
Valor Total del Contrato	$ 48.079.035	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 42.273.826	**3**	**Del** 01/03/2024 **Al**	31/03/2024	**$ 4.465.545,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 37.808.281		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal como Instructor para orientar la formación de acuerdo a la guía para desarrollar los procesos formativos en formación Titulada y/o Complementaria presencial y/o virtual del Centro Nacional de Hotelería Turismo y alimentos, sedes, subsedes y/o ambientes dispuestos para la formación

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545		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	**$ 4.465.545**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.618.393**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**75233152**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.786.218	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 18.700	$ 18.700
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 1.116.386	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ 446.555	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 872.798	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.618.393,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
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	38.219,00	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	**$4.427.326,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir Formación Profesional Integral a los programas:
Programa Gestión de Destinos Turísticos:
Competencia Elaborar Diagnostico Turistico
Fichas: 2875335, 2902048, 2847690, 2875330
Competencia Proyectar el Mercado Fichas: 2620437, 2620441
Programa Coordinación de Servicios Hoteleros
Competencia Elaborar Plan de Compres Ficha 2693469
Competencia Supervisar A&B Fichas 2559235, 2559236
CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 5778538

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.



JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ
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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ
No. Identificación: CC3166549
Dirección: CALLE 63 B # 68 - 96
Telefono: 2313131
Correo: ALEJOBENAVIDEZ@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 75233152

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ
Tipo y número de identificación	CC3166549
Número de planilla	75233152
Fecha pago	2024-03-04
Número de autorización pago	1653009
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2024
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	528000
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	18700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	285900	1
EPS008	Compensar EPS	223400	1

75233152

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 3166549
APELLIDOS Y NOMBRES: JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1786500	1786500	1786500	0	223400	0	285900	0	18700	0

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

COMPENSAR

NIT 860066942-7

RECAUDO MIPLANILLA

FECHA Y HORA TRANSACCIÓN: 2024/03/04 - 8:21 a. m.

DOCUMENTO: CC 3166549

NOMBRE USUARIO:

JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ

MODULO: CLL26MAQ14

ID PAGO:37256684

.

.

.

NO PLANILLA: 8375233152

PERIODO DE PAGO: febrero

VALOR PAGADO: $ 528000

.

.

.

TOTAL: $ 528000

EFECTIVO: $ 550000

CAMBIO: $ 22000

PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de marzo de 2024

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:

C.C.	**1034778223**	**GABRIELA BENAVIDEZ DELGADO**	**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: José Alejandro Benavidez Ramírez
C.C. 3.166.549

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

0031

NUIP 1034778223

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37426664

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría XX Número 61 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1069

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

COLOMBIA- BOGOTA D.C. NOTARIA SESENTA YN UNA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BENAVIDEZ	DELGADO

Nombre(s)

GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes 03 Día 23	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A6172636

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

DELGADO CRUZ ANGELA ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#52.704.450 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BENAVIDEZ RAMIREZ JOSE ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#3.166.549 DE SASAIMA (CUND)	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BENAVIDEZ RAMIREZ JOSE ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C.#3.166.549 DE SASAIMA (CUND)	

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

NOTARIA 61
BARRIO LA SOLEDAD
REPUBLICA DE COLOMBIA
16 AGO 2005

Fecha de inscripción	Nombre y firma de quien autoriza
Año 2005 Mes 004 Día 16	GABRIEL ERNESTO PEÑA NOTARIO(E) N-61 Nombre y firma 16 AGO 2005

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -