SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

**REGIONAL NARIÑO**

**CERTIFICACIÓN COMPETENCIAS LABORALES**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **52** |
| **Código Centro** | **101052** |
| **Fecha Elaboración** | **Abril de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **59990-510888** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ALFONSO DAVILA HIDALGO | **Banco a consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Cédula de Ciudadanía** | 12.986.101 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | alfodavila@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 24123944054 |
| **IP/Nº de contacto:** | 72054 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2023** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)** | NO |
| **¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?** | NO |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 5925120/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **9924** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR TEMPORAL SP PARA REALIZAR TRANSF. DE CONOCIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS EVALUADORES Y/O EXPERTOS TÉCNICOS PARA LA CONST. DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE COMPET., CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL PROCESO EVAL. Y CERTI |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/04/2024** | **Al** | **30/04/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 40.500.000 |
| **Número de pago** | **3** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 47.850.000 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.500.000,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 36.000.000 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.500.000 | Honorarios profesionales a persona NO declarante d | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.500.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.983.600** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Abril | Marzo |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **5165831864** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.800.000 | $ 1.800.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 225.000 | $ 225.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 288.000 | $ 288.000 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 9.400 | $ 9.400 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ - | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 34.082.904 | $ 994.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 1.612.175 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.983.600,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 0,00 | |
| 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 | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | 0,000% |
| Estampilla Prodesarrollo UDENAR | 22.500,00 | 0,500% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.477.500,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Taller de Inducción dirigido a evaluadores Regional Nariño - lope, Ipiales y Tumaco, llevado a cabo el 3,4 y 5 de Abril Presencial.

Taller presencial dirigido y apoyado líder Nery Jhona Acela V. de la Dirección General, en los auditorios Comercial y Agropecuario

Reuniones con evaluadores del Centro Lope presenciales y virtuales.

Asesorías en la Construcción de Proyecto de Instrumentos : Avances de las 2 Regionales Nariño y Caquetá en el aplicativo.

Revision de Avances de ITEMS de las 2 Regionales.

Envio de reportes 1 y 15 de abril, consolidados de los avances de las 2 Regionales; a la fecha en Lope el 48 % y en Caquetá el 46 % de

Asistencia a reuniones virtuales de competencias por parte de la Dirección General

Atención a solicitudes en oficina del despacho.

**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

Digitally signed by ALFONSO DAVILA HIDALGO
Date: 2024.04.16 08:52:55 -05'00'

**ALFONSO DAVILA HIDALGO**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

Digitally signed by PEDRO PABLO BASTIDAS
Date: 2024.04.16 16:42:10 -05'00'

**PEDRO PABLO BASTIDAS MOLINA**
**PROFESIONAL G02**

**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**
**BERNARDO ARTURO CHAMORRO GUEVARA**
**DIRECTOR REGIONAL C G05**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 12986101 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ALFONSO DAVILA HIDALGO DAVILA HIDALGO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | PASTO | DEPARTAMENTO: | NARINO |
| DIRECCIÓN: | PUACALPA 3 BLOQUE 11 B APTO | TELÉFONO: | 7310109 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de consultaría de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **5165831864** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: marzo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: marzo | | |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2024 | SALUD: | AÑO: 2024 | | |
| DÍAS DE MORA: | 10 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/04/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 0252480135 | | |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | X | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 290.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 290.500** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 227.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 227.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 9.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 9.500** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 522.400** |
| **VALOR MORA:** | **$ 4.600** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 527.000** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 12986101 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ALFONSO DAVILA HIDALGO DAVILA HIDALGO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | PASTO | DEPARTAMENTO: | NARINO |
| DIRECCIÓN: | PUACALPA 3 BLOQUE 11 B APTO 102 | TELÉFONO: | 7310109 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de consultaría de gestión. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **5165831864** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | marzo AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | marzo AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 10 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/04/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 0252480135 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.500 | $ 0 | $ 288.000 | $ 2.500 | $ 290.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 288.000** | **$ 2.500** | **$ 290.500** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 225.000 | $ 0 | $ 2.000 | $ 0 | $ 225.000 | $ 2.000 | $ 0 | $ 227.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 225.000** | **$ 2.000** | **$ 0** | **$ 227.000** |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.400 | $ 9.400 | $ 100 | $ 0 | $ 9.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.400** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 9.500** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 12986101 | DAVILA HIDALGO ALFONSO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.800.000 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.800.000 | $ 288.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 288.000 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.800.000 | $ 225.000 | $ 0 | $ 225.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.800.000 | 12986101 | $ 9.400 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 527.000** |

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) DAVILA HIDALGO ALFONSO identificado(a) con CC. 12986101 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 15 de Abril de 2024 a las 16:04:15

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.

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

# Alfonso Davila Hidalgo

C.C 12.986.101

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 22 de abril 2024

**Aura Isabel Mora**

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 761145403000