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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE MECÁNICA AUTOMOTRIZ Y TRANSPORTE- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921310**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**58696-837451**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GIOVANNY NIÑO SABOGAL	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	79.803.796	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	gninos@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0550457400056745
IP/Nº de contacto:	14007	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5739826/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA ACOMPAÑAR EL MANTENIMIENTO, SEGUIMIENTO Y MEJORAMIENTO DEL MODELO DE OPERACIÓN DEL SIGA COMPUESTO POR MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN- MIPG, MODELO ESTÁNDAR CONTROL INTERNO MECI,				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024 Al 30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 44.636.040
Número de pago	**4**	**Valor Total del Contrato:**	$ 57.034.940
Valor Bruto Pago:	**$ 4.959.560,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 39.676.480

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.959.560	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 1.674.537	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.634.097**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.045.787**	**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		----------	**75570923**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.983.824	$ 1.983.824
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 248.000	$ 248.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 317.500	$ 317.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 10.400	$ 10.400
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		$ 663.410	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 1.349.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.469.546		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.045.787,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	6.068.597,00	
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 - BOGOTÁ	58.623,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$4.900.937,00**	

SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividad 1. Para el mes de abril se participó en la semana de Divulgación del SIGA en distrito y en los centros de formación (Transporte y Construcción).

Actividad 2. Para la Auditoria interna se realizó actividades de Auditoria Interna para la planeación se entrega.

Actividad 4. Se organiza a partir de la reunión del SIGA distrito capital el orden del desarrollo de las activas del PAM para los Centros de Formación CTT y CTCM.

Actividad 5. A partir de la solicitud de la oficina de Planeación de la Dirección general se me asigno realizar auditoria interna en en el centro Tecnológico de la Amazonia.

Actividad 6. Se organiza a partir de la reunión del SIGA distrito capital el orden del desarrollo de las activas del PAM para los Centros de Formación CTT y CTCM.

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

GIOVANNY NIÑO SABOGAL
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,

MARIA ISABEL LOPEZ DAZA
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
DIEGO ARMANDO CRISTANCHO CRISTANCHO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Documento de Autorización, Reconocimiento y Ordenación de Pago Comisión al Interior del País

Usuario que Genera Reporte:	MHdcristan	DIEGO ARMANDO CRISTANCHO CRISTANCHO
Unidad ó Subunidad que Genera Reporte:	36-02-00-011-921310	CENTRO DE TECNOLOGIAS DEL TRANSPORTE - BTA DC
Fecha y Hora Generación Reporte:	2024-04-02-4:58 p. m.	

Comisión Servicio al Interior del País - Tramite - Inicial

Solicitud de Comisión No.	224	**Fecha Solicitud**	2024-04-02	**Estado de la Comisión**	Autorizada	**Unidad Ejecutora o Subunidad - 36-02-00-011-921310 CENTRO DE TECNOLOGIAS DEL TRANSPORTE - BTA DC**			
Tipo de Comisión	Servicio	**Fecha Aut./ Rech.**	2024-04-02	**Genera Viáticos**	SI	**Genera gastos de viaje**	Si	**Requiere Pasajes Aéreos**	SI
Transporte por Vía	Aéreo	**Área u Oficina**	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION AMBIENTAL			**Tipo de trámite**	Inicial	**Comisión Inicial**	

CDP de viáticos

Consecutivo CDP	2824	**Dependencia Solicitante**		921310 CENTRO DE MECÁNICA AUTOMOTRIZ Y TRANSPORTE- BTÁ D.C.	
Rubro Presupuestal de Viaticos	C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL	**Rubro Presupuestal de Gastos de Viaje**		C-3603-1300-15-20305C-3603025-02 - ADQUIS. DE BYS - SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL - FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO DE FORMACIÓN PROFESIONAL DEL SENA NACIONAL	

Nombre	Tipo y Número de Documento	Cargo	Estado	Fecha Inicial Comisión	Fecha final Comisión	Dpto. / Municipio Origen	Dpto. / Municipio Destino	N°. Días	Pernocta Último día Comisión	Porcentaje Pernocta	Total dias	Base de Liquidación	Valor Viático Diario	Valor Total Viáticos	Valor Gastos de Viaje	Valor total a pagar	Objeto de la Comisión por Tercero
GIOVANNY NIÑO SABOGAL	CC: 79803796	Profesional SIGA	Autorizada	2024-04-08	2024-04-10	BOGOTA D.C. / BOGOTA D.C.	CAQUETA / FLORENCIA	2,5	No	50	2,5	4.959.560,00	336.520,00	841.300,00	833.237,00	1.674.537,00	Realizar Auditoria Interna para la revisión de las actividades desarrolladas en la etapa productiva del Centro Tecnológico de la amazonía ciudad de Florencia para el Proceso de formación del SENA, verificando la aplicación de la guíaGFPI-G-040deetapa
											Totales Solicitud de Comisión			**841.300,00**	**833.237,00**	**1.674.537,00**	

OBJETO DE LA COMISIÓN

Realizar Auditoria Interna para la revisión de las actividades desarrolladas en la etapa productiva del Centro Tecnológico de la amazonía ciudad de Florencia para el Proceso de formación del SENA, verificando la aplicación de la guíaGFPI-G-040deetapa

ORDENADOR DEL GASTO

Identificacion:	9395729	Nombre:	DIEGO ARMANDO CRISTANCHO CRISTANCHO	Cargo:	SUBDIRECTOR CENTRO DE TECNOLOGIAS DEL TRANSPORTE BOGOTA D.C

Firmado digitalmente por Diego Armando Cristancho Cristancho
Fecha: 2024.04.02 17:03:44 -05'00'

Firma Responsable

Verificado Por:	WILSON JIMENEZ PARRA	Fecha Verificación:	02/04/2024 11:37:05

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79803796-0	GIOVANNY NIÑO SABOGAL	CL 40C SUR 72K 80 1 ETPA CASA 77	3015936716	gninosabogal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	05/04/2024	75570923	$575.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	248.000	0		0		0	0	0	0	248.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	317.500	0	0	0	0	0	0		317.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.400				10.400	0	0	10.400			104	10.400	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	248.000	248.000
Pensión	1	317.500	317.500
Riesgos Laborales	1	10.400	10.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	575.900	575.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79803796-0	GIOVANNY NIÑO SABOGAL	CL 40C SUR 72K 80 1 ETPA CASA 77	3015936716	gninosabogal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	05/04/2024	75570923	$575.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de 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	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79803796	NIÑO SABOGAL GIOVANNY	57	0			N																	230301	1.983.824	317.500	0	0	0	0	EPS008	1.983.824	248.000	14-23	1.983.824	1	10.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de ABRIL 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:

T.I.	1011099550	**SARAH JULIANA NIÑO MONTILLA**	**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: GIOVANNY NIÑO SABOGAL
C.C.79803796

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1011079550

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40940664

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 73 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 4 1

Dpto. - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA BOGOTA D.C.-BOGOTA - DISTRITO CAPITAL

Datos del inscrito

Primer Apellido: NIÑO

Segundo Apellido: MONTILLA

Nombre(s): SARAH JULIANA

Fecha de nacimiento: Año 2007 Mes 04 Día 10

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo Sanguíneo: A

Factor RH: POSITIV

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: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLI. MAGDALENA

Número certificado de nacido vivo: A. 8136761

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MONTILLA MACIAS MARISOL

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 52153281

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: NIÑO SABOGAL GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 79803796

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: NIÑO SABOGAL GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 79803796

Firma

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

Año 2007 Mes 04 Día 24

Nombre y firma de funcionario que autoriza

EDUARDO DURAN GOMEZ

Nombre y firma


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.011.099.550

NIÑO MONTILLA

APELLIDOS

SARAH JULIANA

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 10-AGO-2007

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-AGO-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G S RH

F
SEXO

26-FEB-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-00720604-F-1011099550-20150710